

LIVRO JUBILAR  
DO  
Prof. ROCHA FARIA

FROM THE FUND BEQUEATHED BY



TO THE  
BOSTON MEDICAL LIBRARY.  
N<sup>o</sup> 8 THE FENWAY

343 - 1903



✓









Livro jubilar do Prof. Rocha Faria







B. A. de Rothstein.

# Livro Jubilar do Prof. Rocha Faria

## MEDICINA PUBLICA

E

## CLINICAS GERAES E ESPECIAES

PELOS SRS:

*Prof. Abreu Fialho, Prof. Agenor Porto, Prof. Afranio Peixoto,  
Dr. Alberto Cunha, Dr. Cunha e Mello, Dr. Dodsworth (Jorge), Dr. Garfield  
de Almeida, Dr. Graça Couto, Dr. Madeira (David),  
Prof. Marinho (João), Dr. Mendonça (José), Dr. Mello Magalhães, Prof. Miguel  
Pereira, Prof. Nascimento Silva, Prof. Nascimento Bittencourt,  
Dr. Oliveira Aguiar, Dr. Oscar Clark, Dr. Pamplona (Artidonio), Prof. Raballo  
(Eduardo), Dr. Raúl Baptista, Dr. Rocha Faria Filho, Prof. Roxo  
(Benrique), Prof. Tanner de Abreu*

SECRETARIO DA RÉDACÇÃO:

OSCAR CLARK

COM 51 PHOTO E RÁDIOGRAVURAS



RIO DE JANEIRO  
Jacintho Ribeiro dos Santos  
EDITOR  
82, RUA S. JOSÉ, 82

1917

1. J. 262

22962 Bi 2 <sup>25</sup>



# COLLABORADORES

---

**ERNESTO DO NASCIMENTO SILVA** Cathedratico de Medicina legal.

**MIGUEL DA SILVA PEREIRA** Cathedratico de Clinica medica (1<sup>a</sup> cadeira).

**JOSÉ COUTO FURTADO DE MENDONÇA** Cirurgião effectivo da Beneficencia Portugueza.

**JOSÉ ANTONIO DE ABREU FIALHO** Cathedratico de Clinica ophtalmologica

**ANTONIO T. DO NASCIMENTO BITTENCOURT** Cathedratico de Historia Natural Medica.

**JULIO AFRANIO PEIXOTO** Cathedratico de Hygiene.

**AGENOR GUIMARÃES PORTO** Cathedratico de Therapeutica.

**EDUARDO RABELLO** Prof. subst. de Clinicas dermat. e syphiligraphica.

**HENRIQUE DE BRITTO BELFORT Rôxo** Prof. subst. das Clinicas neurologica e psychiatrica.

**JOÃO MARINHO DE AZEVEDO** Prof. subst. de Clinica oto-rhino-laryngologica.

**HENRIQUE TANNER DE ABREU** Professor substit. de Hygiene e Medicina Legal.

**ALFREDO DA GRAÇA COUTO** Inspector do Serviço de Prophylaxia.

**ALBERTO DA CUNHA** Delegado Sanitario.

**GARFIELD DE ALMEIDA** Docente de clinica e medico dos hospitaes da Saude Publica.

**RAUL BAPTISTA** Cirurgião da Santa Casa de Misericordia.

**OLIVEIRA AGUIAR** Clinico, Presidente da Associação Medico-Cirurgica do Rio de Janeiro.

**ARTIDONIO PAMPLONA** Clinico, Vice-presidente da Associação Medico-Cirurgica do Rio de Janeiro.

**JOÃO DE MELLO MAGALHÃES** Clinico, assistente do Sr. Prof. Rocha Faria.

**JORGE DODSWORTHII** Laureado pela Faculdade.

**AFFONSO DA CUNHA MELLO** Clinico, assistente do Sr. Prof. Rocha Faria.

**JOÃO CLIMACO DAVID MADEIRA** Preparador de Hygiene da Faculdade.

**CARLOS DA ROCHA FARIA FILHO** Clinico, assistente da 1<sup>a</sup> cadeira de Clinica medica.

**OSCAR CASTELLO BRANCO CLARK** Clinico, encarregado da pratica de autopsias no serviço hospitalar do Prof. Rocha Faria.



# INDICE GERAL

	PAGS.
<b>DEDICATORIA, pelo Professor Miguel Pereira.....</b>	7
<b>PREFACIO. . . . .</b>	9
<b>A jubilação do Prof. Rocha Faria na Faculdade de Medicina....</b>	13
<b>Discurso então pronunciado pelo novo cathedratico Prof. Afranio Peixoto. . . . .</b>	17
<b>O trabalho do Professor Rocha Faria em Hygiene Publica, pelo Dr. Graça Couto. . . . .</b>	37
<b>O Prof. Rocha Faria no Hospital Geral da Santa Casa de Misericordia. A Sociedade Medica dos Hospitaes presta homenagem ao Professor Rocha Faria. Discurso pronunciado nessa occasião pelo Dr. Mello Magalhães.....</b>	61
<b>Inauguração do retrato do Prof. Rocha Faria na 2<sup>a</sup> enfermaria em 1910. Discurso do doutorando Oscar Clark.....</b>	71
<b>O Professor Rocha Faria na pratica hospitalar, pelo Dr. Cunha e Mello. . . . .</b>	67
<b>O Professor Rocha Faria na Associação Medico-Cirurgica do Rio de Janeiro. Discurso do Dr. Oliveira Aguiar.....</b>	79
 <b>MEDICINA PUBLICA</b>	
<b>A docimasia pulmonar hydrostatica na pericia do infanticidio pelo Prof. E. Nascimento Silva.....</b>	85
<b>O problema da variola pelo Professor Henrique Tanner.....</b>	95
<b>Hygiene industrial no Rio de Janeiro pelo Dr. Alberto da Cunha.</b>	105
 <b>CHIMICA E THERAPEUTICA</b>	
<b>Duas palavras sobre a catalyse em biologia pelo Prof. A. Nascimento Bittencourt. . . . .</b>	121
<b>Introdução electrolytica de medicamentos pelo Dr. Toledo Dowsworth. . . . .</b>	429

A reacção de Wassermann no liquido cephalo-rachidiano e a sua interpretação clinica nas doenças do sistema nervoso central, pelo Dr. David Madeira.....	445
---	-----

## PARTE CLINICA

Sobre a pathogenia da "ophthalmia sympathica", pelo Prof. Abreu Fialho. . . . .	457
Ulcus gastricus e tabes dorsualis, pelo Professor Agenor Porto..	245
Formas clinicas da leishmaniose tegumentar, pelo Prof. Eduardo Rabello. . . . .	227
Molestia de Weichselbaum (Estudo clinico) pelo Dr. Garfield de Almeida. . . . .	263
Manifestações iniciaes da demencia precoce pelo Prof. Henrique Rôxo. . . . .	281
Radiographia e sinusites, pelo Prof. João Marinho.....	293
Papel da cirurgia no tratamento da syphilis pelo Dr. José de Mendonça. . . . .	349
Primeiro capítulo de um estudo sobre a vomica pelo Prof. Miguel Pereira. . . . .	347
Alcool e climas. — Alcool e epilepsia. — Alcoolismo chronico e meningite serosa pelo Dr. Oscar Clark.....	365
Sobre o diagnostico das ectasias da aorta pelo Dr. Pamplona (Artidonio). . . . .	389
O signal do pollegar nas paralysias do nervo cubital, pelo Dr. Raul Baptista. . . . .	407
Um caso de dilatação aguda do estomago, pelo Dr. Rocha Faria Filho (Carlos). . . . .	415

## DEDICATORIA

*Do entardecer de um dia luminoso que rebentou as sementes, enfrondou as arvores e sazonou os fructos, se evola, doce e mystico, o sereno encanto do Angelus como um effluvio sagrado que nos perfuma a alma commovida e indecisa entre a melancholia da hora, pregoeira das trevas, e a glorificação do sol que, exhausto de fecundar a terra, já vai reposando na mysteriosa quietação do poente.*

*As bençãos que sobem ungindo a luz que se amortece gloriosa cruzam-se nessa hora com os presentimentos que descem esperando a noute que ainda não se fechou tenebrosa.*

*O esplendor do que passou desvanece-se nas sombras do que ha de vir. Ha resaibos de tristeza na alegria; ha laivos de alegria na tristeza.*

*A natureza scisma e duvida. Não é ainda o silencio em que vae adormecer e já não é mais o hymno triumphal em que vibrou e cantou. Um fluido celestial que, si acaso poeta, eu talvez sorprehendesse ao nascer do beijo trocado entre o derradeiro raio de sol e a primeira gotta de orvalho, como que se derrama sobre a terra, subtil, impalpavel, espiritualisando as cousas e commovendo a vida. Scismando e duvidando foi que, amigos e discipulos do professor ROCHA FARIA, todos os que não o queremos menos do que o admiramos, ouvimos ler o documento, onde o Governo da Republica decretou solemnemente que elle bem merecia da Patria o repouso com que se recompensam os grandes trabalhadores.*

*Longos annos, n'uma perseverança exemplar, professando com realce e brilho, liberalisou da cadeira até onde o erguera um concurso disputado, os mais prodigos ensinamentos aos medicos que se formaram n'estes ultimos trinta*

*annos. Consultavamo-nos hesitantes. Seria realmente jubilosa a aposentadoria ou, como talvez fosse, pezarosa é que seria a jubilação?*

*Entardecia e não havia como optar n'este enleio d'alma.*

*Depois da sua fulgurante trajectoria pelo ensino não sabiamos ainda, a despeito da frescura e amenidade da tarde, como nos insinuaria a apnizade que nos approximassemos do mestre. Com uma grande magôa a soluçar n'uma salva estrepitosa de palmas? Com uma immensa saudade a pungir no abraço febril dos mais effusivos parabens?*

*N'esse desencontro emotivo, si o puderamos exprimir, estaria talvez o unico commentario digno de uma palavra que emudecia na eloquencia do decreto que a premiava.*

*Mas, menos pelo que terminava n'essa hora ou pelo que nella ia começar, do que por ella propria, entrou jovialmente a vivel-a o egregio amigo, entre as flores que cultivava e os livros que versava, como um desses raros privilegiados que penetrando a velhice de consciencia branca e coração desoppresso, encontram-n'a tão seductora e sorriente que nem os remorde a inveja do que já foram nem os tortura o anceio do que estão por ser.*

*A tarde era de verão — fagueira e linda, e lá do occaso, em prodigiosas cambiantes de luz, o sol que no zenith offuscava, podia agora ser longamente contemplado na magestade de sua grandeza. Seria de abyssinios a tristeza si ella coubesse n'esta apotheose. Hora em que tudo que vive sobre a terra se purifica e divinisa, nas graças que rende ao genio protector que passou criando e fertilisando, é tambem a hora de nossa mais expressiva homenagem ao mestre que viveu ensinando e doutrinando.*

*D'esse livro, exceptuando as paginas que, com serem minhas, apenas se recommendam pela intenção, todas as outras são dignas de commemorar o jubileu de um grande professor*

## PREFACIO

*O PROFESSOR ROCHA FARIA não foi só pelo lucido vigor de seu talento, pela tersa persuasão de sua palavra magistral, na cadeira que honrou na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, um dos mais notaveis mestres que ella tem possuido. Teria, felizmente, alguns, com os quaes se poderia comparar. No que se constituiu até agora singular, foi em ter juntado áquellas brilhantes qualidades outras, talvez mais preciosas, para o mestre e o guia de homens: — de constancia no dever de ensinar, de firmeza no defender as suas convicções, de independencia na compostura publica e privada do seu trato, — com o que — força dominadora do caracter! — se impôs a seus pares na Congregação, a seus discípulos na Faculdade ou no Hospital, como um chefe acompanhado porque se o admira e se o respeita.*

*Por isso, transpondo os umbraes da partida, attingido pelo termo legal de uma vida escolar bem cumprida, para a jubilação — o otium cum dignitate, de CICERO — nenhum alcançou entre nós maiores e inequivocas demonstrações de saudade e de justiça.*

*Os actos da Congregação da Faculdade dão conta disso. O discurso inaugural do discípulo que o substituiu, é, não só elogio á sciencia que o mestre professou, como, na historia da cadeira de Hygiene na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, preito ao sabio eminente que a serviu por trinta annos e ao qual nenhum de seus predecessores, em titulo algum, se pôde comparar.*

*Outros, com o mesmo justo louvor, lhe enaltecem os serviços na administração publica, como prestimoso Director de Saude, no ensino da clinica, como provecto medico do Hospital Geral da Santa Casa de Misericordia.*

*Estas paginas reproduzem em fórmia estavel taes lembranças; representam, ainda mais, com a contribuição de estudos originaes da autoria de discipulos e de amigos, a corôa jubilar que lhe tecemos, como deve acontecer, para monumento escolar dos grandes mestres.*

*Tal é este Livro Jubilar do Professor Rocha Faria.*

# A JUBILAÇÃO DO PROF. ROCHA FARIA

DISCURSO DO SUBSTITUTO

PROF. AFRANIO PEIXOTO





## A JUBILAÇÃO DO PROFESSOR ROCHA FARIA NA FACULDADE DE MEDICINA

Foi por entre demonstrações de apreço que a Congregação da Faculdade de Medicina, hontem reunida em sessão ordinaria, realizada logo após a sessão solemne de posse, de que damos noticia em outro lugar, recebeu a communicação official da jubilação do PROFESSOR ROCHA FARIA.

Antes de iniciada a ordem do dia, foi lida uma carta desse professor, contendo as suas despedidas aos seus collegas de Congregação.

\*  
\*   \*

Terminada a leitura dessa carta, o DR. MAURICIO DE MEDEIROS, representante dos livres docentes na Congregação, propôs que antes de iniciados os trabalhos da sessão ordinaria, fosse inserido em acta um voto de louvor e respeito ao professor afastado, pela jubilação, dos trabalhos da Faculdade, justificando sua proposta com as seguintes palavras:

“Perdõem os illustres professores que seja eu, o menos autorizado dos membros desta Congregação, quem tome a palavra antes de iniciados os nossos trabalhos para fazer-lhes uma proposta, cujo teôr melhor ficaria, certamente, partido de qualquer um delles.

Por ser exactamente o menos autorizado, sou o que mais recentemente deixou os bancos academicos, e, nos sentimentos de verdadeira saudade que aqui me impellem, fundam-se as emoções do discípulo de ha pouco com as do respeitoso congregado de hoje.

A' medida que o tempo vai pondo entre mim e a minha juventude um maior espaço, maior cresce em mim o respeito pelos que nessa juventude deram ao meu espirito o seu capital inicial.

E, se, por ventura, nos azares da vida procuro as riquezas do espirito e não as encontro, não culpo senão a mim proprio de não ter sabido guardar a fortuna que de meus mestres houvera.

E se acaso me surpreendem na vida venturas que as riquezas do espirito sabem nos dar, não me esqueço que não fui mais que um depositario feliz de um dom, nem perco um só momento a gratidão pelos doadores.

São esses sentimentos que fazem de mim um discipulo perpétuo de meus mestres, e, se muito elles influiram na decisão, que aqui me traz, ainda se lhes vêm juntar os sentimentos de reverente affecto nascido de um trato cortez no seio desta Congregação.

A nossa Faculdade atravessa um periodo de transformações.

A' pertinacia incansavel de nosso illustrado director deve ella o ver proximos os dias dé uma riqueza material sonhada por meio seculo.

Já os alviões rasgaram em sulcos a terra, e por estes mergulhou a cantaria, e por elles desceu a collante argamassa, a cimentar os blocos formidaveis que já affloram ao sólo, para constituir o sopé do magnifico edificio.

Trezentos homens batem massa, removem terra, britam a cantaria, num turbilhão de pó e de trabalho...

E o sonho de meio seculo vai se erguendo lentamente da terra, como nas magicas fascinantes ou nos contos de fadas...

Mas o tempo inexoravel vai fazendo, entrementes, sua obra de seducao, e, na accumulação dos annos de serviço, vai accenando com a quietude de um deseanso bem merecido, áquelles precisamente que deveremos ter commosco para transportar á casa nova as gloriosas tradições dos velhos penates!

Saudemos a esses que se vão, pedindo-lhes que não nos faltem com suas luzes e dizendo-lhes, bem do coração, que elles continuam aqui, em quotidiano trato commosco, pela sua lembrança, pela sua obra, pela sua grandeza, — mestres sempre entre os discipulos, congregados sempre entre os mestres, e, que, nas horas de alegria que hão de vir, tel-os-hemos sempre entre os nossos, no nosso espirito, no nosso pensamento, no nosso affecto, no nosso respeito."

\*

\* \* \*

Depois de approvada unanimemente a proposta do Dr. MAURICIO DE MEDEIROS, pedio a palavra o Professor NASCIMENTO SILVA que requereu fosse inserido em acta um voto especial de homenagem sua, como companheiro de trinta annos do Professor ROCHA FARIA.

\*  
\*   \*

Approvedo este requerimento, pedio a palavra o Professor MIGUEL PEREIRA, que propoz a denominação de "ROCHA FARIA" ao amphitheatro de Hygiene, justificando sua proposta com as seguintes palavras:

"A's despedidas que a carta do Professor ROCHA FARIA, nos traz definitivas apenas responderiamos com a expressão do nosso commovido pezar e das nossas sentidas saudades se a deserção do velho companheiro, venerando e veneravel mestre de quasi todos os que aqui nos sentamos, não traduzisse o reconhecimento official de um longo e fecundo tirocinio didactico.

Comtudo, ainda que descontemos a amarugem da ausencia na doce significação em circumstancias tão singulares que o nobre Ministro, rompendo com a fria praxe administrativa, não pôde deixar de aprecial-as como um titulo de benemerencia publica, não podemos assistir senão duvidosos entre tristezas e alegrias ao remate de uma carreira que foi altamente favoravel aos creditos desta Faculdade.

Esse homem que encaneceu no magisterio, onde sempre, sem deslise de compostura, nem transigencias de autoridade, cumpria todo o seu dever com tão rigoroso empenho que em tres deadas de professorado não se lhe pôde, no computo final, arguir nem uma falta, deixa nesta casa uma imperecivel tradição de devotamento ao ensino.

Severo de feitio, sobranceiro de attitude, carregado de phisionomia, sobrio de expansões, incapaz de offendre a pureza de um gesto affectivo no interesse de agradar, o Professor ROCHA FARIA tem passado a sua vida entre flores e doentes, a disfarçar sob esse aspecto rijo e duro de fachada sombria, um coração magnanimo que, capaz de todas as prodigalidades, nunca soube resistir, sem se desmedir ás solicitações da amizade nem a receber, sem se render, aos appellos da caridade.

Ficará comnosco pelo coração e pelo coração haveremos de ficar com elle se, como derradeira homenagem a Faculdade amparar na unanimidade de seus votos a proposta de se lhe inscrever o nome na sala, onde sua palavra erudita e autorizada liberalizou, pontual, a trinta gerações de medicos, os ensinamentos da Hygiene.”

Foi por aclamação approvada a proposta.

\*  
\*      \*

Tomando ainda da palavra, o Professor NASCIMENTO BITTENCOURT, em commovida allocução, justificou a proposta de se mandar inaugurar o retrato do Professor ROCHA FARIA no amphitheatro de Hygiene, o que foi unanimemente approvado.

*(Jornal do Commercio, 4 de agosto de 1916.)*

## SUBSTITUIÇÃO DO PROFESSOR ROCHA FARIA NA , FACULDADE DE MEDICINA

Substituindo o PROFESSOR ROCHA FARIA, como cathedratico de Hygiene na Faculdade de Medicina, pronunciou perante a Congregação, em sessão de posse, o seguinte discurso, o Prof. AFRANIO PEIXOTO :

"A vossa generosidade me confunde e me commove. Eu não a podia esperar, não de vós, mas para mim, tanto excede a todas as minhas maiores ambições. Que estas palavras vos digam a gratidão que vos devo, a vós eminente Senhor Director, a vós egregia Congregação, a vós alumnos e visitantes de nossa gloriosa Faculdade, por toda esta festa com que me acariciaes, no transbordamento do vosso generoso coração.

Entretanto, num dia bem sério da minha vida, e inaugural de minha vida de professor, era de esperar que eu viesse, que eu venha, fazer uma profissão de fé, que não deve enganar, que não pôde guardar reservas... Esperava apenas fazel-a na intimidade discreta de vossa confiança.

Perdoai-me, pois, se ella destoar nesse ambiente de festa, onde não caberia uma confidencia, talvez afflictiva de se ouvir, mas que a consciencia me impõe seja dita.

Meus senhores: — Estou a ver o benevolo sorriso de scepticismo com que me acolhereis esta confissão: não só tenho a maior alegria de minha vida profissional em ser professor desta illustre Faculdade, como em ser, precisamente, o seu professor de Hygiene.

Ao entrar na mocidade, sahindo dos bancos academicos da Bahia, formulei á boa sorte que me guiara até ahí, tres votos: quisera publicar, assignando-o destemerosamente meu nome desconhecido, um longo artigo, nas columnas do *Jornal do Commercio*; quisera atravessar o Oceano, ver a Europa, ver principal-

mente o Oriente Classico, onde estão todas as nossas memorias de sentimento e de intelligencia; por fin, para ser definitivo, e perdoareis áquella idade essa emphase, quisera uma cadeira de lente, mas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

E tudo se cumprio. Nunca logrei maior satisfação em cossas do espirito como na manhã em que vi exaltado á collaboração no grande orgão da imprensa nacional; conheci terras e costumes, ruinas e monumentos, livrarias e museus, raças velhas e tradições moribundas, com todo o fervor piedoso de latino, toda a esperançada fé de americano. Chegou, finalmente, a hora do acceso á cadeira que me destes, ha dez annos, quando vos bati ás portas, satisfiz os vossos ritos de selecção e alcancei o premio da vossa generosidade.

Ao realizar-se este terceiro voto, refreado o impeto da juventude pelo peso crescente das responsabilidades, talvez temperada a razão com um sal de ironia, que a idade vai tornando amargo, eu me encontro indeciso entre se posso entregar-me ao contentamento do meu desejo cumprido, ou se devo reflectir sobre o carrégo que me conferis.

O meu optimismo de indole vence-me o enleio e acabo comigo que não será só justa a satisfação de me ver entre vós, como em ser investido nesta singular cadeira de Hygiene, a unica que eu poderia aqui pretender, unica que me devieis dar com isenção, para attender aos nossos principios e dogmas.

Principios e dogmas, sim, porque a nossa medicina é bem uma religião, a ultima religião talvez, religião que não passará, pois que acredita na morte e provê a o eterno sofrimento humano com a esperança, a fé e a caridade do remedio.

De facto, no nosso collegio onde professam dezenas de celebidades, dezenas de cursos minuciosos e profundos, como aliás em todas as outras escolas medicas do mundo, só se cogita do sofrimento e da morte. Se nos primeiros annos algumas cadeiras se nos deparam preparatorias, na Physica já se incluem os apparelhos medicos, na Chimica a Toxicologia, na Historia natural os vegetaes e animaes damninhos, toda a Parasitologia. Dahi por diante, Anatomia, Histologia, Pathologia geral, Anatomia pathologica, Therapeutica, Clinicas, Medicina legal, só achamos a preoccupação tenaz, obsidente, exclusiva, — da magua, que chamamos lesão, — da morte, que não consideramos ainda o fim

de tudo, pois a exploramos nas secções, nas inclusões, nos córtes, nos preparados, nas projecções, nas gravuras, nos tratados, nas cathedras, nas academias e sociedades sábias. A gente não se cura, mas fica bem informada de que morreu.

Neste funebre apparelho, como ironia macabra de humorista, uma só, esta singular cadeira de Hygiene, dedicada á saude. E' do que menos se trata, naturalmente, nas Faculdades de Medicina; é o que não nos importa, está bem visto, a medicos, consagrados á doença e á morte; foi a cadeira que conferistes ao sceptico que vos bateu ás portas do templo, ao livre pensador a quem quisestes gratificar com um signal de tolerancia e de imparcialidade. Pois que a saude deveria ter aqui o contraste de uma representação, voto dispar entre tantos, fosse dada a um descrente, incapaz de malfazer á nossa santa religião medica.

Aliás, esse scepticismo, necessario á medicina como sciencia, isto é, verdade incerta em transito para outra verdade menos incerta, é muito das nossas tradições medicas, em todos os tempos; foi medico aquelle CORNELIUS AGRIPPA, que escreveu a *De incertitude et vanitate scientiarum*; medico aquelle, outro, FRANCISCO SANCHEZ, autor tambem de tremenda accusação *Quod nihil scitur*; medico e professor DUBOIS RAYMOND, que proclamou aos quatro ventos o *Ignoramus et Ignorabimus*; medico, professor e clinico, TROUSSEAU, que persuasivamente aconselhava o uso dos remedios da moda, emquanto curam...

Incerteza, ignorancia e, apesar disso, ou por isso, imitação do exemplo, ou suggestão da boa fé, quando cura, e ahi estão, segundo medicos conspicuos, as forças da medicina...

Entretanto, senhores, eu que não commungo da nossa crença e não acredito na Medicina, — não tanto por despeito de desageitado, porque nem lhe tentei jámais o exercicio, mas, e perdoareis esta pequenina, senão ridicula desforra, mas como victimia que tenho sido della, da sua incapacidade de tratar os males que não se curam de si mesmos, — creio, fervorosamente, na Hygiene, como todos aliás que poderem ser sinceros. Porque ha os que não devem ser e ha os que não podem ser, pois que não são conscientes do bem e do mal que fazem. Porque, dentre os medicos, só a esquerda da classe, os charlatães, são conscientes: sabem que enganam; os outros... soffrem a sorte communum dos doentes, são enganados. Enganados pelo romance de uma sciencia en-

genhosamente enfeitada, construida como aquella estatua mythologica que illudio ao amor do proprio estatuario; enganados, principalmente pela credulidade afflita do soffrimento que na hora da dór ou do perigo appella para nós, como para a mesma salvação. Não fôra o medo dos doentes ou a solicitude affectiva dos que velam por elles e haveria menos triumphos a Medicina; conjurar falsos alarmas é quasi a fama desse heroismo que faz esquecer, tanto é proclamado, a improficuidade real diante do inimigo quando mais forte, ás vezes fatal, que não pôde ser combatido, pois não soube ser evitado.

E aqui está toda a diferença, o antagonismo que oppõe a Hygiene á Medicina: uma, remedio tardio, ao invasor que entrou na praça, difficult de expulsar se ella não tem recursos proprios de resistencia — e não serão os venenos da Toxicologia therapeutica, nem as boas intenções de preparados decisivos á força de deluições, que hão de recobrar animo ao organismo infestado, submettido ao conflicto das acções e reacções pathologicas; a outra, prevenção que prepara a vida, na cidade, na officina, na casa, no corpo humano, evitando-lhe o mal, dando-lhe énergia para a luta, ou se o acaso ou a fatalidade — e o acaso e a fatalidade aqui são as infracções de hygiene — lhe derem o aggravo da doença. Por isso se tem dito tanto mal da Medicina; por isso se dirá muito bem da Hygiene.

Com efeito, não ha uma só, uma sequer das doenças chronicas que a nossa Medicina tenha sabido curar. As agudas, curam-se por si mesmas, se o organismo é soccorrido pela propria resistencia, que nós não podemos suprir. Existem alguns meios mecanicos ou technicos, do alcance da Cirurgia, e contra a infestação parasitaria, por assim dizer medicina externa, facil de provêr, pois que não é a intimidade organica invadida ou degenerada.

Existem alguns palliativos, medicações symptomaticas que tenteiam, enquanto se esperam as reacções do organismo; o melhor medico será sempre o que souber mais contemporizar. Não existem específicos com que esgotar os numeros contados nos dedos de uma mão; nenhum delles é inocente. Sabemos que os saes de quinina matam, como se morre da avaria, com o tratamento a carro de boi, do mercurio, ou o tratamento a automovel, do *salvarsan*.

Em tres mil annos de Medicina scientifica, — tanta faculdade, tanto laboratorio, tantos tratados, tantas discussões, conferencias, lições medicas, comunicações a academias, relatorios a congressos, — havemos de convir que é bem gloriosa a fé de officio da nossa profissão...

A Hygiene, mais modesta, e que não tem um seculo de cultura racional, algumas decadas apenas de estudos espécializados, já pôde ser chamada a plenario, sem vexame. Não conseguimos curar a cholera, a peste, a lepra, a febre amarella... ella as evitou, ella as fará desapparecer do mundo, para nossa fama. Os proprios remedios com que triumphantes nos assenhoram das infecções, os sôros, a bacteriotherapia diversificada da nossa época, e de tanta esperança ainda, foi ella, a Hygiene quem nolos deu, indo da vaccina, que previne, aos anti-venenos, que se oppõem á toxemia infectuosa ou secundam a resistencia humorai e cellular.

A noção de doenças fataes, de varios climas, de certas raças, chamadas exóticas, como conforto á propria ignorancia, desappareceu, transposta pela Hygiene nessa outra de doenças evitaveis e que devem ser evitadas: assim como a malaria, a dysenteria, a ancilostomose, o beribere... também aquellas costumeiras, já por um longo soffrimento indolentes á humanidade, variola, typho, tetano ou diphtheria.

Quando todos os cirurgiões souberem e praticarem a hygiene, não haverá mais suppurações, scepticemias, infecções das cavidades expostas ou a expôr; quando os parteiros se convençerem que o parto é um phenomeno natural, commun e inocente, a todos os animaes superiores não gratificados com a obstetricia, o que lhes evitara as intervenções descabidas e as applicações intempestivas, e virem a conhecer a hygiene que convém á delivrada e se impõe no desembarço e no posparto, não haverá mais desastres nem infecções puerperaes.

Doenças evitaveis e evitadas pela Hygiene. Porque só essas, e não todas as outras? Todas, certamente. A Medicina não sabe curar as doenças orgânicas, a Hygiene as pôde evitar. Sabemos que as lesões valvulares vêm na mór parte das cardiopathias infectuosas, á frete as do rheumatismo agudo, como as lesões aneurismaticas, principalmente, noventa e cinco casos em cem. da syphilis arterial: evitadas as septicemias, rheumatismo ou

avaria, doenças infectuosas e evitaveis, teremos quasi supprimido a pathology cardio-vascular.

O que sobrar, minoria ou excepção, será de outras menores e despercebidas infecções, intoxicações, auto-intoxicações, traumatismo, contra as quaes pôde tambem a Hygiene. As infrações de regimen, a vida onerada de trabalho em meio corrompido, a miseria organica — māi da tuberculose, os envenenamentos alimentares e industriaes, os accidentes — causas de tanto desastre e ruina, são ainda evitaveis, com hygiene.

A engenia, capitulo novo que ella começa a escrever, proverá á especie nos recursos de escolha dos reproductores, na saude da gestação, na puericultura, na educação physica, intellectual e moral, com que o homem adquirirá o esplendor de todas as suas possibilidades biologicas.

Tal é a Hygiene: ainda uma especialidade hoje, e singular nas nossas faculdades, amanhã divulgada certamente aqui mesmo, em numerosas outras derivações, outras tantas cadeiras, e lá fóra, desde a aula primaria, nas escolas preparatorias, normaes, profissionaes, porque só a saude é a compensação da vida, e essa gloria de viver são só a consegue e a ensina a Hygiene.

A minha boa sorte, que me collocou entre vós, deu-me o unico lugar que desejara aqui ocupar; que eu o possa preencher, sem constrangimento, deferente para convosco, sincero commigo mesmo.



Para começar não me pesa á humildade confessar-vos como me assusta o legado que recebo, no passado glorioso da cadeira de Hygiene nesta Faculdade. Lembra-me elle agora para incentivo e programma de vida.

O ensino da Hygiene nas escolas medicas do Brasil, vós o sabeis, tem um seculo de existencia. O esboço de organização desses estudos em 1808 não lhe dava acolhimento, mas, em 1812, no curso de cirurgia que desde o anno anterior se creára como parte do curso de medicina, nos estatutos firmados pelo PRÍNCIPE REGENTE e pelo CONDE DE AGUILAR, segundo o plano do Conselheiro MANOEL LUIZ ALVARES DE CARVALHO, encontra-se na alinea 10<sup>a</sup>

que no 3º anno haveria cursos de "Hygiene, Etiologia, Pathologia e Therapeutica". Foi a reforma "bom será", alcunha que lhe veio das palavras do começo de um dos paragraphos: depois da exigencia de saberem ler e escrever correctamente, dizia, bom será comprehendam as linguas franceza e ingleza os matriculandos no primeiro anno.

Só no anno immediato (1813) teve execução a reforma na Academia de Medicina-Cirurgica do Rio de Janeiro, nome antigo da nossa Faculdade, sendo a 26 de Abril creada a "cadeira de Hygiene e de Pathologia" e nella provido o DR. VICENTE NAVARRO DE ANDRADE, (1776-1850), português, nascido em Guimaraes, homem culto, viajado na Europa e na America do Norte, que ensinou a Hygiene e a Pathologia, diz SIGAUD, "como os mestres mais distintos do seu tempo em Edimburgo, Paris e Montpellier. Os discipulos que ouviram suas eloquentes lições não taxarão de exagerada esta reminiscencia".

NAVARRO DE ANDRADE, depois Barão de Inhomirim, um dos autores da reforma de ensino de 1811-13, collaborou principalmente na de 1826, proposta á Camara pelo Deputado COSTA AGUIAR e sanencionada como lei a 9 de Setembro: conferia diplomas e estatuiu os "direitos dos alumnos aprovados nas escolas medicas, facilitando e assegurando a elles o pleno exercicio da medicina e da cirurgia em todo o país".

A turma que devia terminar o curso em 1830 resolveu perpetuar o facto em uma tela debuxada por pintor que tem o nome gravado no frontespicio de um poema americano, o "Colombo", de MANOEL DE ARAUJO PORTO ALEGRE, depois Barão de Santo Angelo. E' esse quadro que orna a sala das nossas congregações e no qual se vê a figura de DOM PEDRO I que entrega a de VICENTE NAVARRO DE ANDRADE, professor de Hygiene e Pathologia, então Director da Academia Medico-Cirurgica, o decreto de 1826.

Assistem á scena, e alli estão retratados, o então substituto efectivo da escola nas cadeiras do curso de Cirurgia — e, portanto, da cadeira de Hygiene — DR. JOSÉ MARIA CAMBUCI DO VALLE e o DR. JOAQUIM JOSÉ DA SILVA, secretario, chamado mais tarde (1831), interinamente, a substituto de Hygiene "attenta a necessidade de exercicio da respectiva aula", quando coincidiu doença do professor de Cirurgia e ausencia do Barão de Inhomirim.

CAMBUCI DO VALLE era de S. Paulo, pelejára na Independencia, como cirurgião militar e depois secretario do Exercito Libertador, em 1823, na Bahia, sob o mando do General PEDRO LABATUT; fôra preso e destituido, como o seu chefe, este victimâ da insubordinação de tropas improvisadas, talvez do já inchado nacionalismo, o outro invejado na sua superioridade e apontada ascendencia sobre o commandante. Estiveram presos em Villegaignon e dahi Cambuci escreveu pamphleto dirigido “aos briosos habitantes do Brasil”, no qual rebatia, entre outras increpações, a de máo cirurgião, com appello para os “sabios NAVARRO DE ANDRADE, MELLOS FRANCOS, FRANCISCOS MANOEIS DE PAULA” que lhe rendiam preito ás aptidões.

Aqui ficou, foi substituto de Cirurgia, e na reforma de 1832 (3 de Outubro), que creou à Faculdade de Medicina, foi nomeado Professor de Hygiene, então cadeira emancipada da companhia medica que trazia; por isso elle é contado nos nossos archivos como o primeiro professor da disciplina, quando o rol deve começar por NAVARRO DE ANDRADE.

Pouco se sabe como CAMBUCI DO VALLE exerceu o seu magisterio. Deposto na Bahia, tendo de vir ao Rio justificar-se, LABATUT pede transporte por mar, allegando o estado da propria saude e a *obesidade* do seu secretario. ARAUJO PORTO ALEGRE representou-a bem alli, no quadro historico. Por isso, embora morrasse a dous passos da Faculdade, na rua da Misericordia, congregava para a casa os seus alumnos e lhes dava as aulas, senão as lia, como era o costume dos lentes, commodamente deitado na sua rête. Não era, exactamente o que se chama uma cadeira de hygiene. A anedocta me foi contada pelo Dr. CONSTANCIO ALVES, que me disse tudo o que sei, e que quasi todos ignoravam, sobre CAMBUCI, ouvida do Dr. VIEIRA FAZENDA, a este confiada por um dos nossos, o saudoso Professor FEIJÓ JUNIOR.

CAMBUCI DO VALLE tinha preparo e era acatado entre collegas; testemunham-no as commissões scientificas que exerceu, as reformas de ensino em que collaborou, as actas da Sociedade Medico-Cirurgica, que antecedeu a nossa Academia Nacional de Medicina, onde se podem ler trabalhos delle. Cineo annos duraria o seu magisterio, pois em 1837 se abria vaga, com o seu falecimento.

Sucedeu-lhe o Dr. THOMAZ GOMES DOS SANTOS. (1803-1874),

bacharel por Paris, doutor por Montpellier, professor de clinica externa, transferido para a cadeira de Hygiene em 1837, e que a ocupou até 1864, quando obteve aposentadoria, cercado de toda a consideração, Conselheiro de Estado. Era um grande talento, possuia vasta ilustração, adquirio nomeada de jornalista, recebeu condecorações e chegou a director da Academia de Bellas Artes, o que prova permittir esta investidura outras pre-occupações que não só as de ensinar Hygiene na Faculdade.

O Dr. ANTONIO FERREIRA PINTO, (1827-1864), apenas passou pela cadeira de Hygiene, ocupada de Abril a Dezembro, data do seu falecimento. Morreu moço e já tinha um nome consagrado como professor de Philosophia, que leccionava nos lyceus, como opositor e depois lente substituto da secção medica nesta Faculdade. Escreveu trabalhos sobre a hygiene das puerperas e a da primeira infancia; versava a sua these inaugural sobre a frequencia da tuberculose no Rio de Janeiro.

Conta SACRAMENTO BLAKE que, "abrindo uma banca para escrever theses sobre assumptos e pontos diversos, produzio trabalhos que figuram sob diversos nomes". Tempos innocentes em que isto se fazia publicamente, sem ingratidão para o autor natural, sem vexame para o autor adoptivo: haveria talvez para as letras medicas beneficio que, por muito doutorando arguido, respondessem mestres da competencia de FERREIRA PINTO.

Passou a cadeira de Hygiene ao Dr. ANTONIO CORREA DE SOUZA COSTA, opositor de sciencias medicas, benemerito do Paraguai, a cuja campanha servio como primeiro medico do Hospital Militar de Andarahy, acabando cirurgião-mór de divisão, condecorado pelos relevantes serviços prestados.

Investido no professorado de Hygiene em 1865, ocupou-o até 1884, anno em que faleceu. Souza Costa logrou o titulo de Conselho e foi Vice-Director da Faculdade; presidio a Junta de Hygiene Publica; com TORRES HOMEM, MATHEUS DE ANDRADE, PINHEIRO GUIMARÃES, redigio a *Gazeta Medica do Rio* e a *Revista do Atheneu Medico*: delle ficaram trabalhos de valor sobre a dysenteria nos países tropicaes, sobre a alimentação das classes pobres no Rio de Janeiro, sobre a febre amarella em Campinas.

Chegamos aos nossos dias. Após brilhante concurso, pelo qual penetrou na Faculdade, era em 1884 nomeado professor de Hygiene o Dr. NUNO DE ANDRADE. Foi a maior esperança que

ainda teve, tamanha lhe era a capacidade, o ensino da Hygiene: infelizmente, não medrou, porque, já em 1887, o antigo laureado substituto de sciencias medicas tornava á Clinica medica, como professor da 1<sup>a</sup> cadeira. Infiel á docencia de Hygiene o Sr. Conselheiro NUNO DE ANDRADE não o foi á especialidade: como inspetor dos portos, director geral da Saude Publica, inspirador de reformas sanitarias da maior importancia, autor de memorias, relatorios, artigos sobre assumptos de hygiene, seu peregrino talento produzio as mais brilhantes provas de erudição, preparo e competencia.

Com a transferencia do Conselheiro NUNO DE ANDRADE, em 1888, assumio a cadeira de Hygiene o Sr. Dr. BENJAMIN ANTONIO DA ROCHA FARIA, o primeiro que fizera concurso, e notavel concurso, para essa disciplina: todos vieram aqui por transferencia, este veio determinadamente.

Com elle chegaram outros tempos. O ensino até ahi theortico, por vezes brilhante, mas apenas dialectico, tomou nova feição: é bem o espirito scientifico que o dirige, e por isso consegue desde logo manifesta importancia practica no Laboratorio de Hygiene, createdo desde 1883, e que se constituiu em primeiro nucleo das pesquisas que importavam á saude publica.

Laboratorios de hygiene, privados e officiaes, institutos afamados e gloriosos que hoje encontramos na Capital e pelo país, vieram dessa semente e desse exemplo.

O Professor ROCHA FARIA foi o nosso primeiro mestre de Hygiene experimental; foi no seu laboratorio que fizeram os primeiros passos e rudimentares ensaios discipulos de hontem, nomes hoje consagrados de tecnicos e especialistas. OSWALDO CRUZ foi seu ajudante de preparador: tão forte vinco lhe ficou desse tempo de aprendizado, no nosso humilde laboratorio de Hygiene, que, partindo para a Europa, a se preparar para concurso nesta Faculdade, lhe esqueceu a Medicina legal e todo se deu á Hygiene, com que immortaes serviços prestou á causa nacional, com que vai ensinando no seu instituto a uma phalange de gloriosos discipulos. Foi daqui, porém, que elle partio: não é descabido que reivindiquemos o que deve a esta Faculdade, a seu primeiro laboratorio, a seu primeiro mestre de Hygiene.

O Professor ROCHA FARIA ensinou a Hygiene practica com a excellencia de methodo e de preparo, até 1893, quando uma re-

forma do ensino retirou á cadeira a obrigação de exame pratico, com o que lhe fez mal consideravel, no desapreço com que até agora é mantida.

Foi director geral da Saude Publica, praticando na Administração o que doutrinava na Faculdade.

Sempre, de sua investidura até agora, quando é cumprido o seu tempo de serviço e alcança a reserva concedida á benemerencia dos que se fatigaram pela causa publica, vós o vistes, collegas de hoje, alunos de hontem e de agora, um fiel e circumspecto cumpridor do seu dever; sem reclamos, nem transigencias, que armam á popularidade e dão no desleixo escolar, com aquella austerdade sem dureza, aquella firmeza com acerto, por trinta annos ininterruptos, honrar a cadeira de NAVARRO DE ANDRADE, tal qual o outro, embora dada a diferença dos tempos, como os mestres mais dignos de Londres, de Paris, de Berlim... que nesses centros de estudo têm perlustrado o ensino da Hygiene Vós me ratificareis este juizo, no qual ponho toda a isenção, com o testemunho de vosso aplauso.

(*Palmas prolongadas, da Congregação e da numerosa assistencia, confirmaram esse preito rendido ao Prof. Rocha Faria.*)

Cabe, pois, ao seu substituto, uma herança bem custosa, que só á mingua de recursos de sciencia e de talento, o modelo de consciencia e de caracter, que tambem nos deixa, permitte esperar e — talvez demasiada esperança — receber sem afflição. Conto apenas com a minha vontade, e o vosso favor, para essa ousadia.

Ao demais, parece-me, e isto me favorece, a Hygiene passa agora á uma phase nova. Della sahio a *Bromatologia*, a *Physico-chimica alimentar*, tornada uma practica especialidade, sciencia da familia da Hygiene, que se cultiva, conseguida a maioridade, em cursos e laboratorios proximos. Della sahio a *Bacteriologia*, agora chrismada *Microbiologia*, filha dilecta da Hygiene, criada, educada, e emancipada por ella, nos cursos, laboratorios, institutos, com que beneficia o mundo.

Nem por isso se reduzio a quota do que importa á Hygiene propriamente, e mais num país novo, onde ainda os dados normaes relativos á terra e á gente não estão aferidos pelas obser-

vações dos povos que nos precederam em cultura, os centros civilizados da Europa e da America do Norte.

Parece esforço baldado ou sem compensação, vivermos a pensar numa emulação scientifica, nós, tão novos, tão minguados ainda de forças e de meios, com os abundantes e disciplinados centros universitarios do velho mundo, enquanto continuam em ser os proprios problemas nacionaes.

Primeiro se hão de conhecer as nossas condições de saude, para evitar as doenças no Brasil: depois virá o tempo, collegidos todos os dados, observações e experiencias necessarias para nos pormos "ao ponto" com o padrão normal da cultura, de collaborarmos tambem no progresso universal.

Não ha ainda entre nós estudos systematicos de climatologia, demorados por certo numa immensa e desconhecida terra, apenas a espaços e escassamente povoada. Não ha ainda nenhum estudo anthropologico das nossas raças e sub-raças e não se pôde prejulgar quando e como se decantarão as nossas fezes ethnicas, para se constituir então o povo brasileiro, apenas diversificado pelas modificações que o clima impuzer aos habitantes de tão amplo dominio territorial.

Apenas começamos a conhecer as feições nosologicas, autochtonas e de importação, essencialmente e rapidamente modificaveis com os progressos mesmos da civilização, isto é, o desbravamento de matas, o roteamento dos sertões, o saneamento rural e urbano, o conforto moderno dos grandes nucleos de população.

O estudo das condições de saude no Brasil, resultante do conhecimento de tudo isto, terá de ser longo, e será vital para nossa nacionalidade em formação. Os povos hoje fazem-se deliberada e conscientemente, para o seu destino, e a resistencia e a capacidade de viver exigem, preliminarmente, a saude da raça e do individuo.

Nesse caso das condições de saude no Brasil, só nós Brasileiros, que aqui vivemos e as podemos estudar, e as devemos necessariamente estudar, temos voto decisivo. Não percamos, pois por agora o nosso tempo e o nosso esforço, dedicados a concorrer com laboratorios e institutos de França ou d'Allemanha, a que nos leva uma grande vaidade e um cégo desconhecimento dos

grandes beneficios que nos podemos prestar a nós mesmos e nos quaes não poderemos por outros deixar nos substituir.

No que me diz respeito — e só o digo não pelo gosto de promessas, que não se cumprem, mas para compromissos, que devem ser cumpridos — ao caber-me investidura de tanta difficultade, esboçarei simplesmente um programma de Hygiene.

Será o estudo do nosso clima, do nosso meio regional, das condições de saúde nas zonas tropicaes, continuando a demonstração do erro europeu, essa noção de doenças exoticas e climaticas, como se devessem tambem existir doenças proprias ou autochtonas, quando existem sómente doenças evitaveis, em todas as latitudes e por todas as raças, as quaes, portanto, podem e devem ser evitadas no Brasil.

A noção de doenças evitaveis não será apenas restricta ás doenças infectuosas, passiveis de combate agudo á causa activa que as produz, mas estendida ás doenças organicas, provindas e processadas por longas infecções, intoxicações, infracções de regimen, que apenas se procuram combater passivamente nos seus resultados ultimos, nessa medicação symptomatica, toxica ou innocua, que desconhece ou não procura a causa e contenta-se ir palliando os effeitos, que é tudo quanto consegue, quando a vida não é dura ou o mal é de morte.

Será tambem o estudo da nossa gente, dos Brasileiros, das diversas e transitorias variedades de Brasileiros, nas suas condições de criação, nutrição, vestuario, habitação, habitos de trabalho, meios de vida, indices todos necessarios das condições de saude, não da saude dos outros, applicadas aqui as formulas feitas para Paris ou para Berlim, mas as nossas, as que nos importam e que só a nós cumpre investigar e conhecer.

Está abi, em resumo, não a ocupação de um curso, mas emprego de uma geração de esforgados trabalhadores, em todos quantos institutos de Physiologia e de Hygiene existam e se hajam de criar no Brasil.

Ao fim da minha carreira, se Deus me der tempo e me fizer digno dessa ambição, se eu puder, como professor de Hygiene da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, cumprir commigo e conseguir algum contingente a esse magnifico, e inadiavel, e imprescindivel programma, crerei que a minha boa sorte que me trouxe até vós não me abandonou quando mais della hei

mister, para honrar a vossa generosa escolha, para prestar um pequenino serviço á nossa querida terra.”

(*Jornal do Commercio*, de 4 de Agosto de 1916.)

*Post-dictum.* — Deste discurso, a parte essencial, o resumo historico da cadeira de Hygiene na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e o louvor á excellencia do ensino do Professor ROCHA FARIA, não teve uma discordancia.

O elogio fervoroso da Hygiene — quem o diria de medicos?! — padeceu contendas. Recebeu o orador lastimas e doestos, não da Medicina, da qual não disse bem, mas de medicos, de quem não disse mal. Não atacara pessoas: experimentara e tratara idéas; tiraram das suas palavras conclusões praticas de consultorio. Houve quem lhes dësse tanta importancia que se lhe affigurou soffrer o ganha-pão mingua debilitante, accusando por isso o autor de feliz, desnecessitado de clinica, egoista, a ponto de não querer deixar os outros viverem. Não seria logico; só os preteridos e expoliados são malevolos e maleficos. Pobre dialectica: é triste essa incapacidade do espirito que pede ao ventre um argumento.

Graças a Deus que teve outras respostas: de grandes mestres generosos, que discordaram das idéas, mas sorriram benevolos e superiores á ousadia do discípulo; de sabios collegas que, em nome da Clinica e da Therapeutica, irmãs da Hygiene, acharam demasia á filha mais moça e mais formosa da Medicina, uma ingratidão para com a mãe commun, e uma vaidade precoce de se querer comparar a outras, mais crescidias e provadas. Com um pouco de boa vontade achariam natural que um professor de hygiene louvasse a Hygiene, pois á noiva louva naturalmente o noivo; bem se lhe dá, a elle, que os seus collegas enalteçam as suas Physicas, Materias medicas, ou Dermatologias, ás outras todas, como as primeiras disciplinas, exclusivas, incontrastaveis, do collegio medico.

Entretanto, a querella é injusta. Não dissera propriamente mal da Medicina ou ainda dos remedios, senão do que a Medicina presume delles. Porque, ainda quando erram os medicos, os remedios curam. Curam, senão por virtude propria, ao menos porque os doentes se curam, e se curam com elles. Não é possivel contestar o prestigio dessa coincidencia.

Este assumpto de therapeutica será como o das religiões, que cada qual é a unica verdadeira, e todas, apesar disso, coexistem, falsas umas para as outras, erroneas, nocivas, protegidas e confirmadas entretanto pelo deus respectivo, que dá aos seus fieis particulares a graça e a cura do salvamento.

Todos os credos medicinaes são tambem verdadeiros, curam todos, com exclusão, necessariamente, dos outros, esses schismaticos, charlatanescos, criminosos, accusados de matar, por omisão ou por commissão... Allopathas, dosimetricos, homœopathas, physiotherapeutas, hydrotherapicos, electrologistas, bacteriotherapeutas, dieteticos, opotherapicos, hypnotistas, espiritas, feiticeiros, rezadores... até abstencionistas, tratam e curam com perfeito sucesso, embora neguem as curas uns dos outros.

E' incontestavel entretanto que todos curam: nem sempre se conhecem os curados, mas os milagres das curas se propalam. Curam, portanto, tambem os remedios: hoje uns, amanhã outros, o que nos deve tornar — não scepticos, quanto ao valor delles, — mas prevenidos, para não insistirmos erroneamente, quando a fama se lhes esgotar com o prestimo curativo; para accudirmos com lembranças oportunas, da moda, de remedios novos, sempre precisos aos doentes inquietos, sempre homens, e amigos da novidade. Seria por exemplo absurdo, agora que é o tempo dos *colloides*, ressucitar a velha *triaga*.

Entretanto, essa triaga, hoje um irrisão, foi o consolo da humanidade afflita, por 2.000 annos... E' o symbolo mesmo da medicina curativa essa droga famosa, á qual nenhuma outra ainda excedeu ou equalou sequer, em prestigio.

Quando POMPEU desbaratou as hostes do rei do Ponto, teve tanto regosijo em se apoderar da formula maravilhosa de MITHRIDATES, capaz de curar todos os males, de servir de antidoto a todas as peçonhas, que, ao mensageiro mandado a Roma com a noticia, confiou tambem a receita miraculosa. Ao divino electuario juntou ANDROMACO, medico de NERO, excellencias novas e fez-se a *triaga*, omnipotente e omnimoda, para logo diversificada em prestimos tão particulares como os casos infinitos que a requeriam. Só para curar as dores de ouvido ANDROMACO FILHO compôs vinte e quatro diversas triagas. Como medicamentos fixos nada menos de 54 simples lhe entravam na composição, afora os especiaes, endereçados a esta ou aquella invocação — todas

as drogas hoje desconceituadas do Codex — gommas, resinas, amargos, adstringentes, essencias, perfumes, raizes, flores, cascas, sementes, terra, bitume, miolo de pão, até carne de vibora, ás vezes resíduos animaes... A triaga, entretanto, triumphava dessa mesma composição.

O entusiasmo que provocou entre os Romanos revela-se no interesse do Imperador ANTONINO, mandando prepará-la na sua presença e tomando-a todos os dias.

Atravessou a Edade-antiga e veiu á Edade-média. Veneza aí lhe monopolizou a fabricação, porque do commercio levantino havia-lhe os simples indispensaveis: — benjoim olibano, myrrha, opopanax, castorio, alcaçuz, aloes, anis, galbano, sagapeno, açafrão, gengibre, pimenta, louro, como a canella de Ceylão, o opio de Smyrna, a therebentina de Chio, a salsa da Macedonia, o dictame de Creta, a terra sigilada de Lemnos, o bitume de Judéa, a gomma do Senegal... A Europa occidental daria o resto, rhubarbo, genciana, mel de Narbona, vinho de Espanha, cascas de limão, raizes de valeriana, miolo de pão, carne de viboras...

E o prestigio continuava, com que attingiu a Edade-moderna. Só em meados do seculo XVII foi a triaga preparada em Paris, solememente, sob as vistas dos magistrados da cidade, medicos da corte, delegados da Faculdade de Medicina. Depois, a cerimonia sempre se repetiu — os simples eram expostos por quinze dias ao publico, o preparo se fazia diante do povo, assistia a auctoridade, a magistratura, a Faculdade e o Collegio dos *Pharmaceuticos*.

Essa triaga, específico universal, assim feito com tanto cuidado e tanta droga extravagante, curava certamente, authenticamente, milagrosamente, todas as doenças, talvez por isso mesmo, por essas drogas tantas e tão disparatadas, reunidas numa panacéa confusa e infallivel. Os medicos podiam errar o diagnostico: tomada a botica inteira, havia de se acertar com o remedio. Foi o que proclamou um dos pauegyristas da medicina: reunidos tantos, "*le medicament serait plus habile que le médecin*". BORDEU, um dos maiores medicos que tem existido, precursor da medicina contemporanea, já no seculo XVIII, dizia della, a milagrosa triaga: "ella tem exito em mil casos oppostos, porque tem mil aspectos favoraveis á saude"; era a medicina por *excellencia*, a *polypharmacia*.

Assim chegou ao seculo XIX, usada universalmente, quasi até os nossos dias. TROUSSEAU, tambem dos maiores clinicos que tem havido e que mais curaram, achava-a ainda maravilhosa contra as febres de mau caracter, a variola confluente, os sarampos violentos. Afóra estas, em todas as outras era proveitosa.

Entretanto, quem fala hoje, quem ainda applica a triaga?

Talvez que ella exista entretanto por ahi, em pharmacias anti-gas da Europa é da America, sempre capaz, devemos crer, embora dissipado o prestigio official e officinal. Os pharmaceuticos deixaram que o fogo sagrado se apagasse. Já não faziam mais ceremonias publicas, já não exhibiam com reclamo os simples do preparo... por isso o remedio desandou a curar menos, cada vez menos. Tambem se fatigam as virtudes, a virtude curativa uma dellas: cansou a triaga. E passou, como tudo passa, ainda uma fama de 2.000 annos.

Uma anedota conta como resistira essa fama. CLAUDE BERNARD, em rapazinho, se empregara como aprendiz boticario numa pharmacia dos arredores de Lyão. Todas as vezes que descobria nos armarios e boiões mêsinha derrancada, procurava o patrão para mostrar-lhe, e, invariavelmente, recebia esta resposta: "guarde para a triaga"; "está bom para a triaga". Tal foi, commenta RENAN, "a primeira origem das duvidas de BERNARD sobre a efficacia da arte de curar. Essa droga infecta, fabricada com todas as substancias avariadas, fosse qual fosse a natureza dellas, e que entretanto curava, apesar disso tudo, causava-lhe profundas surpresas..."

Se CLAUDE BERNARD chegasse a ser clinico, não se espantaria. Tudo cura, nada cura. "A saude, dizia FARABEUF, velho anatomista e cirurgião, que não tinha medo ás palavras, nem aos collegas da Faculdade de Paris, é um estado precario, transitorio, que nada prenuncia de bom..." Vêm perto as doenças, medicos, remedios. Tão assediado pelo parasitismo de seres inferiores da natureza, incluidos no seu intimo, é o organismo humano, tão persistentes, lentas ou apressadas, obscuras ou manifestas, são as desordens, a principio funcionaes, e ainda corrigiveis, depois estructuraes e já insanaveis, desse corpo, que se dirá, sem exagero: a saude é a confiança de estar são. Não importam ao caso, medicos e remedios; com elles, e, ás vezes, a des-

peito delles. Como essa confiança é instavel, dahi o appello ao medico; como se pôde ella rehaver, dahi a exigencia do remedio.

O remedio é, portanto, absolutamente necessario, porque é o conforto caridoso ao afflito, que espera a saude. Seja o que for o medico, inspire mais ou menos fé, acerte ou não com o diagnostico, o remedio é o vehiculo da esperança. E essa esperança, nove vezes em dez, será realidade feliz. Sem a receita e a mèzinha, essa realidade seria a mesma, oito casos em dez.

Mas, a humanidade angustiosa, attonita e espavorida pelo medo ao soffrimento ou á morte, não esquece, antes amplia imensamente na tribulação, a sua infinita credulidade. O remedio lhe é necessario: conduz a confiança, indispensavel á saude.

Com a mercê da Hygiene protejamo-nos contra a doença, e se ella vier, apesar de tudo, tomemos as nossas triagas, as triagas que curam no momento: não é impossivel, nem improavel, que recobremos a saude. A felicidade é menos rara do que o suppõe a malicia dos homens.

*Afraim Peixoto*

# O PROF. ROCHA FARIA EM HYGIENE PUBLICA

PELO

DR. ALFREDO DA GRAÇA COUTO



## O TRABALHO DO PROFESSOR ROCHA FARIA, EM HYGIENE PUBLICA

Data de remotas éras o serviço de hygiene publica no Brazil. O primeiro regulamento foi expedido, em 1808, pelo Principe Regente D. João. Eram, então, as principaes autoridades sanitarias o Cirurgião-mór e o Physico-mór do Reino, que superintendiam tudo quanto se relacionava com a medicina e a cirurgia, o saneamento das cidades e o combate ás doenças epidemicas. Em 28 de Julho de 1809, creou-se o logar de Provedor-mór de Saude Publica da Côrte e das Provincias do Brazil, em virtude do seguinte interessante decreto, do Principe D. João:

“Tendo consideração ao muito que interessa o bem publico e o particular dos meus fieis vassallos na conservação da saude publica, devendo haver todo o zelo, cuidado e vigilancia em que ella não perigue por contagio, fiscalisando-se o estado de saude das equipagens das embarcações que vêm de diversos portos e obrigando-se a dar fundo em mais distancia as que sahiram dos que são suspeitos de peste ou de molestias contagiosas, e a demorar-se por algum tempo os que nellas se transportaram; e em se afastarem do uso e mercado commum os comestiveis e generos corrompidos ou iscados de principios de podridão; e sendo propria esta incumbencia de pessoas versadas na sciencia da medicina, para terem toda a intelligencia d'aquellea parte que tem por objecto a conservação da saude, e os conhecimentos necessarios para dar providencias adaptadas aos casos que occurram nesta materia de tanta importancia, Hei por bem crear o logar de Provedor-mór de Saude da Côrte e Estado do Brazil, desanexando-o da inspecção das Camaras e unindo-lhe toda a jurisdição necessa-

ria, afim de que por si e seus delegados se conserve a saude publica, pondo-se em pratica no que fôr applicavel o Regimento do Provimento da Saude. E atendendo a concorrerem na pessoa do Doutor Manoel Vieira da Silva, do meu Conselho, Primeiro Medico da minha Real Camara e Physico-mór do Reino e Dominios, todas as bôas qualidades para bem Me servir neste emprego: Hei por bem nomeal-o para elle, encarregando-o de formar um novo Regimento, que servirá de governo para este objecto, e que subirá á Minha Real Presença, para Eu resolver o que Me parecer conveniente. A Mesa do Desembargo do Paço o tenha entendido e lhe mande passar os despachos necessarios. Palacio do Rio de Janeiro, em vinte oito de Julho de mil oitocentos e nove."

Assim se encaminharam os serviços de hygiene publica até 1827, com algumas insignificantes modificações nos respectivos regimentos; instituindo-se, apenas, em 1812, o Laboratorio Chimico-Pratico. Em 30 de Agosto de 1828 extinguiram-se os ló-gares de Provedor-mór de Saude, Cirurgião-mór e Physico-mór, passando-se, para as Camaras municipaes, a inspecção de saude publica. A este respeito fizeram-se instruções e posturas especiaes. Em 9 de Julho de 1833, regulamentou-se a Inspecção de saude publica do Porto do Rio de Janeiro.

Alguns annos mais tarde, em 1843, um novo decreto estabelecia que as Camaras municipaes nenhuma interferencia teriam mais nos negocios de hygiene publica, os quaes passariam a ser da exclusiva competencia do Governo Imperial. Tudo corria regularmente quando surge no Brazil, em 1849, o primeiro caso de febre amarella, que levou o Governo a dirigir-se á Imperial Academia de Medicina, pedindo-lhe conselhos e instruções sobre os meios de evitar a propagação do mal. Dahi resultou formar-se uma Comissão Central de Saude Publica e varias comissões parochiaes a ella subordinadas. O Dr. Cândido Borges Monteiro foi designado para presidir a Comissão Central.

A Assembléa Geral, em 1850, porém, estudando mais miudamente os assumptos sanitarios, resolveu uniformisal-os, creando uma Junta de Hygiene Publica a que se reuniram as repartições de Inspecção de Saude do Porto do Rio de Janeiro e o

Instituto Vaccinico. Tudo foi regulamentado pelo presidente da Junta o Conselheiro Dr. Francisco de Paula Cândido. Mais tarde, os serviços de hygiene se extenderam ás Províncias, estabelecendo-se, em algumas, as Comissões de Hygiene Pública e, em outras, as Provedorias de Saúde Pública.

Em 1864, o Dr. João Pereira do Rego substituiu o Conselheiro Paula Cândido e, no cargo conservou-se, até 1876. Varias alterações se deram, neste periodo administrativo, nas organizações, regulamentos e instruções da Junta Central de Hygiene Pública.

O Governo Imperial, entretanto, em 1876, resolveu remodelar os serviços, confiando o trabalho a uma comissão composta dos Drs. Barão do Lavradio, Antonio Corrêa de Souza Costa, João Vicente Torres Homem, Vicente Cândido Figueira de Saboia, Hilário de Gouvêa e João Baptista dos Santos. Medidas valiosas foram resolvidas, sob a forma de instruções e posturas.

Em 1878, a variola fez uma grande incursão epidemica e, pela primeira vez, tomaram-se providencias relativas á “desinfecção dos fócos de contaminação”.

O Dr. João Baptista dos Santos foi nomeado Presidente da Junta, em 1881, e ao Dr. Nuno de Andrade foi confiado o cargo de Inspector de Saúde do Porto. Aquelle pouco tempo permaneceu no cargo e, em Junho do mesmo anno, foi substituido pelo Dr. Antonio Corrêa de Souza Costa.

Em 19 de Janeiro de 1882, o novo Chefe sanitario fez assingnar um decreto, reformando os serviços e dando-lhes nova regulamentação.

A epidemia de variola, de 1883, determinou a criação de comissões vaccinico-sanitarias, que trabalharam por espaço de dois annos. Nessa mesma epocha, fundou-se o Laboratorio de Hygiene da Faculdade de Medicina, com a incumbencia de pesquisar as bebidas e os generos alimenticios, julgados imprestáveis ou nocivos pelas autoridades sanitarias.

Em 1884 passou a presidir a Junta Central de Hygiene Pública o Dr. Domingos José Freire, até 1886.

Iniciou-se nesse anno uma nova phase, quando o Barão de Mamoré, então Ministro do Imperio, deu grande impulso á obra sanitaria da Corte, dilatando os serviços de hygiene publica e

cuidando seriamente dos principaes problemas do saneamento do Rio de Janeiro. Uma importante e intelligente reforma se fez nos serviços sanitarios do Imperio, que foram repartidos em — serviço sanitario terrestre e serviço sanitario maritimo —, constituindo duas repartições distinctas, com séde na Côrte — Inspectoria Geral de Hygiene e Inspectoria Geral de Saude dos Portos. Creou-se ainda o Conselho Superior de Saude, como assembléa consultiva, a cuja consideração o Governo submettia todas as questões de hygiene e de salubridade geral.

O Barão de Ibituruna foi escolhido para Inspector Geral de Hygiene Publica.

Nesta epocha organizou-se a notavel commissão de saneamento do Rio de Janeiro, sob a chefia do Engenheiro J. J. Revy, que estudou detidamente a origem, natureza e dimensões de todos os terrenos pantanosos, baixos, sujeitos á humidade; as obras de drenagem, desecamento, canalisação ou aterro precisos para o saneamento, seus planos e orçamentos; os melhoramentos dos exgottos de aguas servidas e de materias fecaes, lançamento destes fóra da barra e suprimento de agua para a respectiva lavagem. Os trabalhos sanitarios assim correram regularmente até fins de 1888.

\*

\* \* \*

Esta concisa e despretenciosa digressão historica sobre a evolução sanitaria no Brazil, larga e excellentemente explanada no trabalho organizado pelos Drs. Placido Barbosa e Cassio de Rezende (\*), nos fez alcançar a data de 1 de Dezembro de 1888, quando foi nomeado Inspector Geral de Hygiene Publica o Dr. Benjamin Antonio da Rocha Faria.

O scientistista a quem o preclaro Ministro do Imperio, Conselheiro Antonio Ferreira Vianna, confiara a suprema direcção dos serviços sanitarios, era o emerito Professor de Hygiene da Faculdade de Medicina, cadeira que adquiriu pelo seu real valor intellectual e profunda erudição, em um dos mais brilhantes concursos que alli se tem realizado.

Os dois benemeritos e conspicuos brasileiros consorciaram-

---

(\*) Os serviços de saude publica no Brazil de 1888 a 1907. (Esboco historico e legislação) pelos Drs. Placido Barbosa e Cassio de Rezende.

se na elevada missão de dar effectividade prática ao saneamento da Capital e iniciaram, então, a phase verdadeiramente científica da hygiene publica no Brazil, operando-se assim uma transformação nova e fecunda.

Poucos dias decorriam da posse no importante cargo e já o Professor Rocha Faria, em luminoso relatorio, apresentava ideias excellentes sobre os problemas de salubridade da Capital, muitas das quaes poz em execução, com o mais efficaz proveito.

Fez, desde logo, sentir ao Governo que uma serie de melhoramentos materiaes eram necessarios e urgentes, dentre os quaes sobresahiam as medidas correctivas applicaveis ao sistema de exgottos de aguas servidas e materias fecaes, ao abastecimento d'agua potavel, á construcção das habitações, á drenagem do sólo, ao plantio systematico e regular de arvores pelas ruas, á limpeza, remoção e destruição do lixo e, finalmente, á modificação no curso, nas margens e no fundo dos rios, immundos, infectos e repulsivos.

Muito se preocupou com o problema da ventilação da cidade, mostrando-se infenso á demolição systematica de todas as collinas da Capital, como se pretendia, julgando sufficiente o arrazamento dos morros do Senado e do Castello para fornecer á cidade o maior coefficiente de ventilação, convencido de que não é com *muito vento* que se saneam cidades. São muito judiciosas as suas considerações sobre a demolição do morro de Santo Antonio, e que hoje ainda devem ser subscriptas: "não julgo de vantagem o arrazamento do morro de Santo Antonio, collina central que não obsta a ventilação regular da cidade e na qual se poderão installar obras de grande aproveitamento sanitario e de maior utilidade publica. Nenhum local sobrepuja a este para a fundação de um hospital de creanças ou de qualquer outro estabelecimento que, devendo ser central, possa ao mesmo tempo achar-se isolado do movimento habitual e do contacto imediato da população; ser convenientemente arejado e saneado pelas correntes livres do ar maritimo e terrestre que, só em certas altitudes, podem circular sem pêas e no maximo de effeito purificador sobre locaes collectivamente habitados."

Considerou o sistema de exgottos no Rio de Janeiro, um dos fócos mais graves de infecção dupla, domiciliaria e urba-

na, e aconselhou a adopção de melhoramentos de applicação immediata, sem prejuizo de outros mais demorados, dependentes de cuidadosos estudos de engenharia sanitaria.

As medidas propostas eram :

- a) selecção em cada domicilio do local para water-closet;
- b) installação do gabinete com bôa ventilação e illuminação naturaes, com superficies internas impermeaveis, que não alojem germens e gazes, e que se prestem á lavagem franca e completa;
- c) fornecimento para cada gabinete, de um deposito exclusivamente destinado a abastecer de agua o serviço do mesmo;
- d) adopção de pequenas caixas alimentadas pelo deposito especial e que forneçam cargas intermittentes automaticas e provocadas nas latrinas;
- e) annexação ao tubo de descarga das caixas providas de pequenos apparelhos de desinfecção que lancem automaticamente, em cada carga d'agua nas latrinas, uma porção de solução antiseptica concentrada;
- f) adopção systematica das bacias "hopper-closet" ou "hotte-closet" de preferencia a qualquer modelo do grupo "wash-out-closet", muito preconisado entre nós e que é naturalmente inferior áquelle;
- g) rejeição absoluta das caixas de madeira ou revestimento sobre as bacias, que devem permanecer núas e ser diariamente lavadas em todos os pontos não cobertos pela agua do syphão;
- h) installação systematica, obrigatoria, de interceptores syphoidaes simples em todos os receptaculos de immundicies, aguas servidas e pluviaes do interior e do exterior das habitações, que communiquem com o tubo de descarga de cada casa;
- i) este tubo, para onde conflue toda a canalisação domestica, deve ser isolado, perfeitamente installado, unico para cada habitação e aberto em ambas as extremidades terminaes; a superior acima dos telhados, a inferior no interceptor hidraulico intermediario ao tubo geral da rua;
- j) a corôa de cada syphão intra-domiciliario deve ser ventilada, communicando-a com o tubo precedente, constantemente percorrido por ondas aereas purificadoras.

A par destes melhoramentos que o Professor Rocha Faria reputava inadiaveis e de immediata applicação, salientou outros

concernentes á canalisação das ruas até as casas de recepção ou casas de machinas; á impermeabilidade das juntas que unem os tubos; á qualidade dos materiaes empregados na construcção das galerias, ás cargas d'agua de lavagem dos encanamentos (chasses) e o jogo automatico das portas dos collectores; á ventilação das galerias; á desinfecção real dos líquidos de ex-gottos nas casas de machinas e á modificación das bases do contracto, em relação ao destino ultimo a dar aos líquidos do ex-gotto, supprimindo-se o processo usado de desinfecção chimica.

Quanto ao abastecimento d'água de alimentação, teve o Professor Rocha Faria a intuição scientifica de querer conhecer o valor hygienico das águas potáveis por meio de pesquisas chimicas e bacteriologicas, effectuadas no Laboratorio de Hygiene da Faculdade de Medicina sob a sua direcção, e, desde logo, accentuou a inconveniencia de serem descobertos os reservatórios de Santa Theresa, Tijuca, Macacos, Tres-Rios, Andarahy-Grande, etc., recebendo todas as impurezas atmosfericas, folhas de árvores, insectos e variadíssimas substâncias orgânicas que corrompiam a pureza da água colectuada para a distribuição. Lembrou ainda a utilidade de uma propaganda continua e intelligente sobre o emprego de filtros domésticos, como medida de alcance prophylactico.

Muito impressionou ao insigne administrador sanitário a cifra da mortalidade infantil e, a respeito, assim se exprimiu:

“E’ conhecido o pesado tributo que, nesta cidade, a infância paga á morte. Entre as causas que concorrem para isso, figuram, em primeiro lugar, as molestias atrophicas, provenientes em grande parte da alimentação insuficiente. Na falta de amas, cada vez mais difíceis de se obter em boas condições, recorre-se geralmente ao leite de vaca, no qual falecem por vezes as precisas qualidades nutritivas, quando, por má compensação, não sobram nocivas. Motiva o facto a falta de cumprimento das posturas municipaes e a carencia de fiscalisação, que aliás deve ser exercida sobre uma industria que tão de perto entende com a alimentação publica. E’ portanto um assumpto digno de merecer toda a attenção do Governo, e sobre o qual cumpre tomar

medidas definitivas e exequiveis que obstem os gravissimos accidentes que soem dar-se nesta Capital, onde a mortalidade da primeira infancia attinge ás maiores proporções por molestias de origem alimentar.”

O assumpto sanitario, porém, que mereceu maior solicitude e diligencia ao sabio hygienista, revelando a sua grande visão scientifica, clara, directa, immediata e expontanea, e a sua feliz e ponderada orientação administrativa, foi a prophylaxia das doenças transmissiveis. E como, pela primeira vez, a importante questão se debatia com tão convicto impulso, merecem transcripção as sabias palavras do eminente administrador:

“No constante empenho de evitar o apparecimento de molestias ou de attenuar-lhes as manifestações, que a tanto importam, em synthese, os esforços da hygiene social hodierna, tem a administração sanitaria a mais gloria tarefa e a mais benevola intervenção na prosperidade de cada povo. Nenhum poder publico deve estar mais identificado com a população; nenhum comprehende melhor nem mais ardenteamente advoga os seus mais caros interesses individuaes e collectivos em todas as edades, em todos os momentos, em todas as contingencias da vida.

Na molestia que enfraquece, invalida ou imutilisa o homem, os principaes elementos da accão mortificante do dominio da hygiene e os recursos desta se evidenciam avultados e grandiosos precisamente na grande classe das molestias transmissiveis, que hoje como sempre, formam o principal contingente da morbilidade e mortalidade das populações urbanas e rurales. Reconhecer o valor da prophylaxia sancionado pela observação experimental e descurral-o em prejuizo da humanaidade, seria crime que nenhum povo culto jamais admittiria e que tornaria execranda a memoria de qualquer administração que o commettesse.

.....  
.....

Na prophylaxia das molestias transmissiveis o *isolamento e a desinfecção* são os principios fundamentaes

a que cumpre logo obedecer: sequestrar o fóco, tornal-o unico para evitar a irradiação infecciosa, destruilo pela purificação desinfectadora, isentar o individuo, o local e os objectos compromettidos de propagação a outros individuos, locaes e objectos de infecção que os sobrecarrega, são deveres rigorosos da autoridade.

Como, porém, realisal-os sem um local para o isolamento, sem apparelhos para desinfecção, sem meios de transporte especial que preserve a população e que não martyrise o doente, sem obrigatoriedade de comunicação á autoridade sanitaria dos primeiros casos verificados, sem obediencia aos preceitos administrativos, sem sancção legal aos actos de policia sanitaria nas infracções do regulamento?

E em plena epidemia, como attender ao soccorro publico, sem atropello, com a ordem e regularidade indispensaveis, á medida das circumstancias, impondo á população a maior confiança e livrando-a do panico que a todos é sobremodo prejudicial, se a administração não dispõe dos recursos materiaes de hospitalisação conveniente, não tem ainda iniciado officialmente os utensis de assistencia publica nas variadas especialisações do serviço?

Como acudir aos atacados e preservar os sãos do acommettimento epidemico sem a efficacia que só a promptidão do soccorro pôde fornecer?

Estas interrogações indicam outras tantas necessidades publicas urgentissimas e inadiaveis, e que todas, tenho a maior satisfação em affirmal-o, foram por V. Ex. attendidas sem a menor hesitação; inaugurando-se por esta forma para a hygiene publica desta Côrte uma nova senda auspiciosa a percorrer, inçada de beneficios perennes para a população, nas epochas normaes e em quaesquer crises epidemicas que de futuro sobrevenham."

Em 9 de Fevereiro foi aberto um credito extraordinario ao Ministerio do Imperio de Rs. 5.000:000\$000 para a execução da grandiosa obra architectada pelo eminent Professor Rocha Fa-

ria, abrangendo igualmente o auxilio ás populações victimas das seccas em algumas provincias do Norte da Brazil.

Certo da inadiavel necessidaé de dar uma organisação pratica e efficaz aos serviços sanitarios, para que os seus efeitos fossem reaes e animadores, fez sentir a urgencia da creaçao de hospitaes de isolamento de molestias infecto-contagiosas e de tornar obrigatoria a desinfecçao publica, em todas as manifestações das referidas doenças que maior intensidade e frequencia nos flagellavam.

Não se apartou do rumo que levava e tentou a empreza com criterio sereno e firme. Dotado de decidida energia intelectual, empregou os meios proprios para conseguir os seus fins e obteve a ampla autorisação para:

- a) crear os hospitaes que fossem precisos para o isolamento e tratamento das pessoas accomettidas de febre amarella;
- b) alugar predios que, desde logo, servissem para hospitaes;
- c) organizar os serviços de prompta remoção dos doentes para os mencionados hospitaes.

d) crear desinfectorios e augmentar o numero de desinfectadores.

Não tardou a manifestar-se a sua acção emprehendedora e, sem ruido, a bella obra que traçou, começoou a ser executada.

Em 21 de Fevereiro de 1889, por sua iniciativa o Conselheiro Ferreira Vianna mandou adquirir em hasta publica, uma grande chacara na Praia do Retiro Saudoso n. 27, dispondo de vasto terreno arborizado, para ser installado o primeiro estabelecimento hospitalar de molestias transmissiveis.

O activo e circumspecto Inspector Geral de Hygiene Publica coufiou ao Engenheiro Sanitario Dr. Eugenio de Andrade, o plano geral das obras do edificio, que foi construido sob a sua intelligente direcção, em breve tempo e com grande economia.

Em 9 de Novembro do mesmo anno, inaugurava-se solemnemente, na presençā do Imperador D. Pedro II, o Hospital de S. Sebastião, entre os aplausos da populaçāo e as referencias elogiosas da imprensa. (\*)

(\*) Os jornaes do dia seguinte deram grande prova do verdadeiro entusiasmo que reinou então por motivo da inauguração. Assim é que a *Gazeta de Noticias*, de 10 de Novembro de 1889, em artigo de duas colunas, em 1<sup>a</sup> pagina, publicou o seguinte:

“Hontem, ás 10 h., em presençā de S. M. o Imperador, Suas Al-

Pronunciou o Professor Rocha Faria a seguinte allocução:  
— “Em boa hora se empenha o Estado na luta ingente contra a febre amarela, entre nós, e neste commettimento generoso, a creação deste hospital exprime o fecundo inicio de medidas que se vão realisando, em prol da regeneração dos nossos creditos sanitarios, compromettidos pelas devastações do flagello americano.

Nesta cruzada social, que é hoje um dos mais graves deveres da administração, este hospital representará papel assignado na solução do problema complexo do saneamento do Rio de Janeiro, e, de prompto, satisfaz a necessidade urgentissima: permite a assistencia publica, immediata, aos que soffrem e clamam soccorros nas crises dolorosas dos momentos epidemicos; nullifica ou attenúa as consequencias funestas da infecção que se irradia de fócos multiplos e esparsos.

Concilia, portanto, os interesses da saude publica com os preceitos da caridade e com as leis da civilisação, mitiga o infortunio dos pobres com o amparo, o desvelo e o conforto dos

---

tezas os sns. Conde e Condessa d'Eu, principe D. Pedro Augusto, dos snrs. Ministro do Imperio e de Estrangeiros, etc., Marquez de Paranaguá, Barão de Mamoré, Conde de Motta Maia, inspector geral de hygiene Dr. Rocha Faria; inspector geral de saude dos portos Conselheiro Nuno de Andrade, etc.; lentes da Faculdade de Medicina, muitos medicos e grande numero de outras pessoas gradas e representantes da imprensa, teve lugar a inauguração solemne do Hospital de São Sebastião, no Retiro Saudoso, destinado ao tratamento de epidemicos.

Em todos os circumstantes era manifesta a admiração que experimentavam ao percorrer o exuledido estabelecimento, que no conceito do Imperador, em nada é inferior aos melhores que em suas viagens teve S. M. occasião de visitar. Tudo quanto se pôde desejar de mais apurado em materia de hygiene nosocomial, está realizado ahi; e o que de mais elegante, mais cuidadosamente ornado é lícito exigir de construções d'essa ordem, obteve-o, e teve a fortuna de verificar que ninguem se aventura a negal-o, o habil, activissimo e zeloso engenheiro da Inspectoria de Hygiene, Dr. Eugenio de Andrade. A excellente impressão que em todos deixou a visita ao Hospital de S. Sebastião, pôde ser avaliada pela sincera alegria que manifestou o venerando monarca brâzileiro durante a sua demorada excursão pelo novo estabelecimento, bem como o legitimo orgulho que deve ter experimentado, e não quiz occultar, o illustre sr. ministro do Imperio, por lhe ser dado inaugurar *o Hospital de S. Sebastião, o melhor da America*, na opinião de muitos profissionaes. Antes de passarmos á descripção do edifício cumprimos o dever de calorosamente felicitar o sr. Engenheiro Dr. Eugenio de Andrade, constructor do hospital pela *perfeita execução do plano que o digno sr. inspector de Hygiene, o Dr. Rocha Faria, traçou com mão de mestre*, e S. S. realizou com invejável proficiencia e notorio gosto artístico. (Segue-se a descripção minuciosa do edifício).

cuidados que lhes dispensa, cercando-os de todos os elementos bons que triumpham da molestia; e, neste apostolado indulta-se do mal que lhes proporciona, sequestrando-os á familia e ao lar, a seu turno purificado. Senhores. — Embora modesta, como todas as festas de caridade, esta solemnisa-se por ter merecido o realce insigne da augusta presença de V. M. Imperial, o Chefe venerando da Nação; dignai-vos, pois, de honrar, rubricando a pagina deste livro que commemora a inauguração do Hospital de S. Sebastião, titulo immorredoir de benemerencia dos estadistas que o fizeram construir, e cujo nome, a todos e sempre lembrará, provando a solicitude do Estado pelo soffrimento popular e pela salubridade desta Capital.”

O grande reformador Conselheiro Ferreira Vianna havia deixado a pasta do Imperio, cabendo a sua substituição no cargo ao Barão de Loreto, que muito se interessou por dotar o hospital de importantes installações.

O hospital tinha a lotação para 240 leitos, com sete enfermarias no edificio central e duas em dois pavilhões de madeira, cada um medindo quarenta e cinco metros de comprimento por dezoito de largura, com assoalho systema Léfort, sobre solo declive e impermeabilisado. Os refeitorios, cosinha, pharmacia, almoxarifado, rouparias, lavanderias, necroterio e demais dependencias dispunham de aperfeiçoadas installações.

Em 1889, igualmente, foram começadas, por iniciativa do Professor Rocha Faria, as obras de construção de uma estação central de desinfecção, á rua Fresca n. 17, e dois desinfectorios filiaes, na rua da Relação e no Largo do antigo Matadouro.

O plano do Professor Rocha Faria obedeceu a todos os preceitos scientificos para estabelecimentos daquella natureza, que foram dotados de estufas e apparelhos de desinfecção.

Os desinfectorios filiaes começaram a prestar serviços ainda em 1889 e o estabelecimento central foi inaugurado em 2 de Julho de 1890, lavrando-se o seguinte auto:

“Aos dois dias do mez de Julho de mil oitocentos e noventa, nesta Capital, em presença do Sr. Dr. José Cesario de Faria Alvim, Ministro do Interior e do seu secretario Severiano Hermes, do Conselheiro Antonio Augusto da Silva Junior, Director Geral da Secretaria

dos Negocios do Interior, do Dr. Benjamin Antonio da Rocha Faria, Inspector Geral de Hygiene Publica e das pessoas gradas que assignam o presente auto, foi solemnemente inaugurado este edificio, destinado á Estação Central de Desinfecção, construido pelo Engenheiro sanitario Eugenio Ferreira de Andrade.”

Começou então a funcionar a estação central de desinfecção, entregue o serviço a pessoal habil e competente, obedecendo a instruções especiaes.

Mantendo-se sempre á altura de sua nobre missão o Professor Rocha Faria examinou e investigou, com a circumspecção e prudencia que o caracterisam, todos os assumptos de saude publica, sujeitos a regulamentos e posturas municipaes e assim fez exercer a mais rigorosa fiscalisação sobre a venda dos generos alimenticios destinados ao consumo publico; remoção do lixo e limpeza das ruas, praças e mercados; condições dos estabelecimentos hospitalares, quarteis, collegios, hoteis, hospedarias, corticos, casas de pensão e de dormida; assistencia aos menores empregados nas fabricas e officinas; assistencia aos alienados e hygiene escolar.

Esta magna questão consumiu-lhe tempo e estudo, tal o valor das providencias de grande acerto que concebeu e poz em pratica.

Uma commissão especial de medicos foi escolhida para exercer a inspecção hygienica de todos os estabelecimentos publicos ou particulares de instrucção primaria ou secundaria, os quaes se obrigavam a dar miuda conta das visitas effectuadas, por meio de respostas precisas e um questionario sabiamente formulado pelo operoso Inspector Geral. O serviço de hygiene escolar teve regulamentação propria, por portaria de 28 de Março de 1889, e, nella, foram cuidadosamente previstas as providencias necessarias para o bom desempenho da inspecção hygienica das escolas publicas e particulares. A portaria expedida foi a seguinte: “— Sua Magestade o Imperador IIa por bem que para a execução da parte XIV do art. 26 do Regulamento annexo ao Decreto n. 9554, de 3 de Fevereiro de 1886, se observe o seguinte:

Art. 1.º — A inspecção hygienica dos estabelecimentos públicos ou particulares de instrucção e educação será feita por uma comissão permanente.

§ 1.º — Para esta comissão designará a Inspectoria Geral de Hygiene seis dos seus auxiliares.

§ 2.º — Os commissarios devem ocupar-se exclusivamente com o serviço de inspecção, e serão substituidos dois em cada anno, não podendo o exercicio effectivo exceder do prazo de tres annos.

Art. 2.º — O municipio da Côte para os fins das presentes instruções fica dividido em tres districtos, comprehendendo o primeiro as freguezias de Santo Antonio, Santissimo Sacramento, Santa Rita, Nossa Senhora da Candelaria, S. José, Nossa Senhora da Gloria, S. João Baptista da Lagôa de Rodrigo de Freitas e Nossa Senhora da Conceição da Gavea; o segundo, as de Sant'Anna, Divino Espírito Santo, S. Christovão, S. Francisco Xavier do Engenho Velho e Nossa Senhora da Conceição do Engenho Novo; e o terceiro, as de Nossa Senhora do Loreto de Jacarépaguá, S. Thiago de Iuhauma, Nossa Senhora da Apresentação de Irajá, Nossa Senhora do Desterro de Campo Grande, S. Salvador do Mundo de Guaratiba, Santa Cruz, Nossa Senhora da Ajuda da Ilha do Governador e Senhor Bom Jesus do Monte da Ilha de Paquetá.

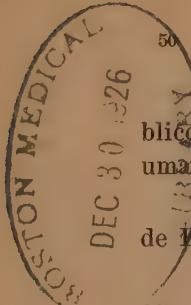
Paragrapho unico. — Em cada districto haverá dois commissarios, que entre si repartam o serviço.

Art. 3.º — Incumbe aos commissarios:

§ 1.º — Visitar duas vezes por mez, as escolas publicas de instrucção primaria e uma, as particulares contractadas em conformidade do art. 57 do Regulamento annexo ao decreto n. 1331 A, de 17 de Fevereiro de 1854; e, sempre que for possivel, os demais estabelecimentos particulares de instrucção primaria e secundaria.

§ 2.º — Dar parecer motivado sobre a salubridade do local e dos edificios, antes de adquiridos ou alugados para o serviço de instrucção e de educação.

§ 3.º — Examinar, desde já, as condições do local e instalação das escolas publicas de instrucção primaria, e remetter á Secretaria de Estado dos Negocios do Imperio, por intermedio



da Inspectoria Geral de Hygiene, o relatorio circumstanciado dos defeitos encontrados, sugerindo os meios de corrigilos.

§ 4º — Aconselhar aos professores ou directores dos estabelecimentos visitados as providencias de facil applicação, e convenientes á preservação da saude dos alumnos, e representar á Inspectoria Geral de Hygiene, quando desattendidos.

§ 5º — Lembrar as autoridades competentes as prescripções hygienicas, cuja adopção excede da competencia ou dos recursos dos professores ou directores dos estabelecimentos publicos.

§ 6º — Aplicar aos estabelecimentos particulares as disposições do regulamento de 3 de Fevereiro de 1886, relativas á policia sanitaria.

Art. 4º — Para regularidade do serviço e maior proveito da primeira visita, a Inspectoria Geral de Hygiene formulará o questionario em que se contenham os pontos mais salientes da hygiene escolar.

Art. 5º — Ainda incumbe aos commisarios em visita:

1º — Fazer o relatorio do estado de saude dos alumnos, acompanhado do boletim especial de cada um;

2º — Propor a exclusão do alumno que soffrer de molestia transmissivel;

3º — Indicar as molestias que se devem attribuir ás más condições de installação escolar;

Art. 6º — O commissario remetterá ao Inspector Geral de hygiene o relatorio, dentro do prazo improrrogavel dos tres dias posteriores ao da visita, contendo:

1º — As respostas ao questionario formulado pela Inspectoria Geral de Hygiene;

2º — A relação nominal da frequencia verificada pelo proprio commissario;

3º — Menção das providencias hygienicas indicadas pelo commissario e realisadas pelo professor ou director e das lembradas em virtude do art. 3º, § 5º.

Paragrapho unico. — A este relatorio serão annexados o de n. 1 do art. 5º, e as indicações do n. 3.

Art. 7º — Os demais actos não comprehendidos no artigo antecedente, os commissarios praticarão attendendo aos casos occurentes, e solicitando directamente as providencias das autoridades competentes.

Art. 8.<sup>o</sup> — O questionario formulado especialmente pela Inspectoria Geral de Hygiene para a primeira inspecção servirá de norma ao exame do art. 3<sup>o</sup>, § 2<sup>o</sup>, e ao caso da installação das escolas e casas de educação, que de futuro se estabelecer.

Art. 9.<sup>o</sup> — Os vencimentos que os commissarios percebem como delegados da Inspectoria Geral de Hygiene serão repartidos em tantas quotas quantas visitas que por estas instruções devem fazer.

Na folha especial de pagamento será declarado o numero verificado de visitas e a somma correspondente.

Art. 10.<sup>o</sup> — No Imperial Collegio D. Pedro II, no Instituto dos Surdos-Mudos, no de Meninos Cégos e no Asylo de Meninos Desvalidos, a inspecção hygienica será feita pelo medico do respectivo estabelecimento, conforme está determinado nas presentes instruções e sujeita nesta parte do serviço á direcção da Inspectoria Geral de Hygiene.

Paragrapho unico. Si á Inspectoria Geral de Hygiene parecer conveniente, poderá, solicitando a autorisação do Ministro, commissionar um dos seus auxiliares para proceder á inspecção de algum ou de todos estes estabelecimentos.

Art. 11.<sup>o</sup> — A Inspectoria Geral de Hygiene requisitará do Ministro a subdivisão dos districtos e o aumento do numero dos commissarios, si assim o exigir a affluencia do trabalho.

Art. 12.<sup>o</sup> — Os relatorios dos commissarios, com o parecer do Inspector Geral, deverão ser publicados no *Diario Official* e sobre elles será ouvido o Inspector Geral da instrucção primaria e secundaria do municipio da Corte.”

Em 13 de Abril de 1889, conseguiu o Professor Rocha Faria, a reorganisação do Laboratorio de Hygiene da Faculdade de Medicina, separando delle o serviço de analyses e exames das bebidas e substancias alimentares, que passou a ser feito no Laboratorio do Estado, então instituido, e que hoje é o Laboratorio Nacional de Analyses.

Em Setembro de 1889 se reuniu o Segundo Congresso de Medicina e Cirurgia no Rio de Janeiro. A principal questão debatida foi o saneamento da Capital, disentindo-se os meios mais vantajosos para prevenir o apparecimento ou attenuar a intensidade de epidemias, que durante a estação calmosa se desenvolvem no Rio de Janeiro ou em outro pontos do Imperio. Leu

o illustre Professor Rocha Faria uma notavel memoria, á qual deu todo o cunho pratico, mostrando, com desusada franqueza, as mediocres condições hygienicas da cidade do Rio de Janeiro e propondo, em forma de conclusões, uma série de medidas que julgava capazes de melhorar a fraca situação sanitaria.

Dividiu o seu meticuloso trabalho em duas partes:

*a) — prophylaxia aggressiva ou saneamento do meio, comprehendendo: abastecimento d'agua, remoção de immundicies, enxugo do sólo, hygiene das habitações;*

*b) — prophylaxia defensiva ou policiamento do meio, abrangendo: policia sanitaria, assistencia publica, legislação sanitaria administrativa.*

Discutida a memoria em todos os seus pontos e sendo lidos outros trabalhos, o Presidente do Congresso resolveu nomear uma commissão composta dos Drs. Rocha Faria, Nuno de Andrade, Benicio de Abreu, Martins Costa, Domingos Freire, Baptista de Lacerda, Azevedo Sodré, Manoel Victorino e Aureliano Portugal, para, tomando em consideração a discussão havida, os trabalhos apresentados e os planos e projectos de saneamento existentes nas Secretarias do Imperio e da Agricultura, formular conclusões claras e decisivas para serem votadas pelo Congresso. Foi escolhido o Professor Rocha Faria para relator da commissão. Brilhantemente desempenhou o mandato, sendo as conclusões do seu parecer aceitas por deliberação unanime e subscriptas sem restricção. Fez proceder a leitura do parecer das seguintes palavras:

“A commissão encara o problema sob todas as faces: reconhece que não apresenta como conclusões tudo quanto possa desejar a hygiene d'esta Capital, que, infelizmente, está ainda no periodo embryonario; reconhece a ausencia da applicação de quasi todos os principios geraes de hygiene ao nosso meio e forçosamente teria de estribar-se nestas exigencias para formular preceitos praticos, como devem ser os trabalhos que dimanam de um Congresso.”

As conclusões do importante parecer foram aprovadas e são as seguintes:

I. — Creagão de uma autoridade executiva do saneamento do Rio de Janeiro, auxiliada por um conselho de medicos e engenheiros, para empreendimento immediato dos melhoramentos materiaes, e adopção dos meios mais urgentes ao saneamento da cidade, e que o Congresso assignala nas seguintes indicações:

- a) enxugo do sólo pela drenagem e pela arborisação systematica;
- b) regularidade do regimen de todos os rios, regatos e valas que percorrem a cidade, e que não podem ser aterrados;
- c) aterro conveniente, apôs drenagem, de todos os terrenos baixos e alagadiços;
- d) conservação das florestas; replantio das que tem sido destruidas nas circumvisinhanças da cidade; conservação dos mangaes do littoral da cidade;
- e) syndicancia rigorosa na canalisação dos exgottos, reconstrucção das galerias, collectores principaes ou secundarios, em todos os pontos em que for manifesta a infiltração do sólo, ou em que por qualquer indicação houver permeabilidade nas paredes dos canaes;
- g) descarga das immundicies do exgotto fóra do porto;
- h) destruição continua do lixo removido da cidade;
- i) calçamento regular ,estanque e lavagens quotidianas das ruas por projecção tubular de agua potavel ou salgada, com esgoto pelas galerias de aguas pluviaes;
- j) alargamento e prolongamento das ruas que se prestarem á franca ventilação da cidade pela brisa maritima habitual; abertura de praças arborisadas no encrusamento das ruas principaes, beneficiadas e bem orientadas;
- k) interdicensão de inhumações nos cemiterios condemnados.

II) Abastecimento continuo de agua potavel pura, sob pressão uniforme, effectiva em quaesquer emergencias, na quota minima de 200 litros por habitante.

III) Saneamento das habitações por adopção de lei especial, modelada pelas da legislacão ingleza, especialmente no que se refere aos domicilios e logares insalubres.

Auxilio e protecção ás emprezas de construcção de habitações hygienicas para a classe pobre.

Fiscalisação continua dos domicilios de todas as classes sociaes.

IV) Execução immediata da convenção sanitaria de 25 de Novembro de 1887, aprovada e ratificada pelo Decreto n. 10.318, de 22 de Agosto de 1889, e sua ampliação a todos os navios nacionaes e estrangeiros que tocarem nos portos do Brazil.

Criação do serviço regular de desinfecção nos portos do Brazil e nas estações de estradas de ferro.

V) Autonomia, força e liberdade de acção ás autoridades sanitarias em regulamento que receba a sancção legislativa, e que se estriebe em codigo de leis terminantes e precisas, de acordo com as exigencias locaes de salubridade publica, baseadas nos principios actuaes de prophylaxia aggressiva e defensiva, entre os quaes sobresahem:

a) — efficacia de meios de repressão para as infracções ás disposições legaes da policia sanitaria;

b) — notificação compulsoria de qualquer caso de molestia transmissivel, á autoridade local, pelo medico que soccorrer o doente;

c) — desinfecção obrigatoria em todos os casos de molestia transmissivel;

d) — isolamento obrigatorio, domiciliario ou nosocomial;

e) — vacinação e revaccinação obrigatorias;

f) — liberdade de acção immediata á autoridade sanitaria, com iniciativa de execução, em todos os assumptos de saude publica urgentes e regulamentados em lei;

g) — intervenção da autoridade sanitaria na fiscalisação de quaesquer serviços que affectem a saude publica;

h) — criação do serviço regular de assistencia publica no Rio de Janeiro e nas capitaes das provincias.

VI) Criação de commissões para, em cada provincia, indicar as medidas urgentes para o saneamento das localidades mais populosas e victimadas por epidemias frequentes.

Em 15 de Novembro de 1889, com a mudança da forma de Governo e estabelecimento do regimen republicano, o Professor Rocha Faria continuou a exercer o cargo de Inspector de Hygiene Publica, attendendo á insistentes e reiteradas solicitações do Ministro Aristides Lobo, que julgou não poder dispensar os seus serviços absolutamente necessarios.

Em 18 de Dezembro de 1889 foi expedido pelo Governo Provisorio, sob a sua inspiração, o decreto n. 68, dando providencias relativas aos serviços de policia sanitaria e adoptando medidas para impedir ou attenuar o desenvolvimento de quaesquer epidemias. Para garantir as medidas preventivas do desenvolvimento de epidemias, foram estabelecidos:

I — A notificação compulsoria, immediata, dos casos de molestia transmissivel pelo primeiro medico que soccorrer o doente;

II — A desinfecção obrigatoria, applicada aos locaes e objectos infeccionados, nos mesmos casos de molestias transmissiveis;

III — O isolamento nosocomial quando o doente não estiver em condições de receber tratamento no proprio domicilio, por carencia de recursos .

Um novo decreto, n. 88, de 24 de Dezembro do mesmo anno, providenciava sobre a execuçāo do primeiro na parte referente á cobrança executiva das multas.

A reorganisāo dos serviços sanitarios terrestres da Republica se impunha então; o Professor Rocha Faria conseguiu que, em 18 de Janeiro de 1890, por decreto n. 89, fosse aprovada a reforma que apresentou. Constituiu-se o Conselho Superior de Saude Publica e revogaram-se os regulamentos sanitarios anteriores.

Este valioso trabalho, elaborado com proficiencia, metodo e clareza, euidou dos multiplos assumptos de hygiene, dando-lhes applicação pratica, estabelecendo as medidas capazes de corrigir os vicios e defeitos em cada caso particular e tratando de minudencias technicas dos variados problemas de prophylaxia.

As suas principaes ideias persistiram nos regulamentos sanitarios que posteriormente se modificaram.

Teve ainda o emerito hygienista a feliz concepção de crear um pequeno laboratorio, annexo á Inspectoria Geral de Hygiene, para analyses chimicas e bacteriologicas. Nelle iniciou o eminente Oswaldo Cruz, de sandosissima memoria, os primeiros passos nos estudos da bacteriologia, que mais tarde tanto se exaltaram em brilhantes conquistas. O Laboratorio de Hygiene, instituido naquelle tempo, é hoje o Laboratorio Bacteriologico Federal da Directoria Geral de Saude Publica e foi igualmente o

Laboratorio de Bacteriologia do Instituto Sanitario Federal, dirigido por Francisco Fajardo, antes de tempo afastado, pelo cruel destino, da sciencia que com sabedoria professava.

Com tão poderosos elementos de acção, habituado na escola do dever e da disciplina, de espirito sólido, instrucção profunda, vontade firme, carácter independente, incapaz de ser abalado ou corrompido, o Professor Rocha Faria, conquistou o renome de administrador exemplar e brilhante, impondo-se á consideração publica e ao respeito e á estima dos seus auxiliares.

A demonstração mais evidente do seu valor moral e da integridade do seu carácter impolluto, deu-a o insigne Professor Rocha Faria, quando, em Outubro de 1890, depoz, com incomparável desapêgo, nas mãos do Ministro Cesario Alvim, o elevado cargo que exercia de Inspector Geral de Hygiene Publica.

Não se julgou no dever de conservar-se, um instante siquer, em um posto de confiança, aquele homem de principios rectos, justos e inquebrantaveis, que sentia pesar, sobre um dos seus subordinados, a desconsideração do Ministro, dando injusto provimento ao recurso de uma multa imposta por infracção regulamentar.

E o notavel hygienista terminou ahi a estrada gloriosa do serviço publico, juncada de actos e feitos relevantes, deixando saudosa uma pleiade de discípulos, que mais tarde honraram a tradição do venerando mestre!

*D. Segundo a Graça Couto*



## **O PROF. ROCHA FARIA NA SANTA CASA**

**PELOS**

**DRS. MELLO MAGALHÃES, CUNHA MELLO E OSCAR  
CLARK**



## UMA HOMENAGEM AO PROFESSOR ROCHA FARIA

A Sociedade Medica dos Hospitaes realizou a sua ultima sessão em homenagem ao professor Rocha Faria.

A sala das sessões foi para esse fim especialmente preparada, com ornamentação de flores naturaes, ficando repleta de professores e estudantes de medicina e de medicos do hospital da Misericordia.

A's 10 1/2 horas foi aberta a sessão, declarando o Presidente Dr. Arthur Rocha, que deliberara, secundando o sentimento de todos que naquelle hospital trabalhavam, consagrar aquella sessão a um preito de homenagem, estima e respeito ao professor Rocha Faria, cujos serviços naquelle casa eram dos mais relevantes; e, para isso, dava a palavra ao Dr. Mello Magalhães, a quem solicitava a fineza de saudar o digno professor.

Até esse momento o professor Rocha Faria ignorava, por completo, que ia receber de seus collegas mais uma demonstração de tão alto apreço e carinhosa estima que muito o comoveu.

O Dr. MELLO MAGALHÃES pronunciou o seguinte discurso:

“Sr. professor Rocha Faria. Na injustiça de sua grande benevolencia, quiz o nosso venerando Presidente, o meu presado amigo Sr. Dr. Arthur Rocha, que a mim coubesse a infinita honra de saudar-vos; de dizer-vos os entusiasticos e justos votos da nossa parte na harmonia de louvores, na apotheose brilhante de aplausos, que, ao deixardes a cadeira de hygiene, vedes aureolar o vosso nome venerado.

Que me relevem, pois, os collegas a mediocridade da representação e que me perdôe o meu eminente amigo a ingratidão de accusar-lhe a insistente bondade, pela falta de brilho que deverá a nossa pequena homenagem á incapacidade de quem tão menos sabe dizer do que sentir.

Muito relutei em aceitar a lisonjeira escolha, muito, antes que a obediencia me vencesse; muito hesitei entre a consciencia e o orgulho, entre a pobreza conscia dos meus recursos de expressão e a fortuna de ver a minha grande estima mensageira dos transportes da nossa justa admiração. Ver na dupla condição de discípulo e de amigo, mais que um orgulho, ainda um pretexto a tão honroso direito?

Mas, salvo os muito raros que se lastimam da excepção, são seus discípulos todos os presentes, e são seus amigos todos os discípulos.

A longa e intima convivencia me daria talvez o feliz privilegio de bem conhecê-lo e admirá-lo, mas o exemplo de sua vida de trabalho e de amor aos doentes e aos discípulos, o orgulho de seu merito como professor e como clínico, a ilustração de seu espírito, a profundez de sua proverbial probidade, a grandeza moral de sua forte, austera e sugestiva personalidade, a intiereza de um carácter "incapaz de offendere a pureza de um gesto affectivo no interesse de agradar" — são fragmentos de eloquencia do illustrado Professor Miguel Pereira — mas, igualmente, incapaz de furtar a solicitude e o desvelo aos que no sofrimento ou na duvida appellam para a esperança de sua autoridade, o prestigio do seu saber, a gloria do seu nome, são do patrimonio moral de trinta gerações de médicos que, com a infinita legião de seus doentes, o veneram em um côro unisono de gratidão e de respeito.

Se na Faculdade do Rio de Janeiro, meus Senhores, foi o Professor Rocha Faria o nosso primeiro mestre de Hygiene experimental — e são palavras do seu brilhante substituto — se ali pôde elle, desenvolvendo a importancia do laboratorio da cadeira, fundar um primeiro centro de experimentação e de pesquisas dirigidas pela esclarecida orientação do seu espírito científico, e da fertilidade dos seus ensinamentos lhe dão agradecido testemunho os progressos dos nossos multiplicados institutos experimentaes e a gloria das recentes conquistas dos hygienistas brasileiros — se na Faculdade de Medicina deixa o Professor Rocha Faria por si, após a honrosa jubilação de agora, a eloquencia de uma tradição viva e a grande lição de um impressionante exemplo de assiduidade, de dedicação e de utilidade, aqui,

no nosso hospital não tem sido menos brilhante a sua trajectoria, nem menos fecunda a obra dos seus quinze annos de ensinamentos. Aqui, tambem, pôde o Professor Rocha Faria, sem os recursos das cadeiras de clinica, sem o favor official, transformar o seu serviço hospitalar em uma admiravel escola de observação e experientia, em um nucleo de trabalho scientifico, dando simultaneamente a doentes e discipulos o seu desvelo e o seu saber, a todos a mesma dedicação, a mesma assidua e infatigavel solicitude, a preciosa experientia de seus cabellos brancos e a ilustração de um espirito progressista, forte e sempre moço.

E é bem o segredo do seu prestigio constante, de sua autoridade perenne, esta harmonia rara, este contraste feliz entre duas grandes energias: a do passado e a do futuro, se assim me permittem dizer; entre a confiança na practica e o amor ao estudo, entre o valioso cabedal de uma dilatada experientia e o ardor de uma curiosidade insaciavel.

Aqui, tambem, soube o mestre dar um cunho pessoal ás suas lições; restringindo o numero de discipulos, para que a cada qual coubesse maior parcella de responsabilidade e aproveitamento, a todos o maximo de iniciativa junto ao doente, pôde visar um fim todo de utilidade e applicação no programma do seu ensino clinico.

Fugindo assim á lição collectiva, em que os nossos illustrados professores das clinicas officiaes, forçados materialmente ao remorso da transigencia, certo lastimarão, com a sinceridade de Rousseau, que o exito da frequencia de alumnos lhes custe o descaso pela visita na enfermaria; evitando a prelecção de amphitheatro, onde o espirito do discipulo é menos attrahido pelo interesse do doente do que pela erudição do professor, dá-nos o professor Rocha Faria a prova desse mal com a excellencia de seu methodo de ensino.

E' a observação immediata, é a lição diaria e viva do doente, é a aprendizagem clinica quotidiana, é a educação dos sentidos e da curiosidade, que gera no espirito do medico a perspicacia de que elle tanto carece; é o exercicio do raciocinio clinico na selecção do diagnostico, no criterio do tratamento, na previsão do prognostico, na oportunidade da intervenção; é a practica, emfim, na leitura desse "livro aberto que é o doente"

na sua phrase querida e tão feliz, e em que elle tão bem nos sabe guiar com a luz e a sagacidade de seu espirito cheio de observação e rico de criterio.

E não é sómente na technica que elle nos instrue, não são apenas scientificas as suas lições; é ainda na arte da clinica que elle nos inicia, na arte de examinar o doente, na arte de captivar-lhe a confiança, de lhe inspirar a fé no tratamento, a esperança no remedio, a resignação á dieta; na arte de presentir o prognostico, na arte de formular, na arte de curar, na arte de ser medico.

A arte de formular... quanta razão dão ao titulo da nossa extinta cadeira as suas cuidadas e suggestivas receitas em que o mestre sabe envolver a associação discreta e criteriosa dos medicamentos em um segredo artistico de apparencia e de esthetic;a; ainda um traço de sua superioridade clinica, já em começo de conquista e confiança do doente?...

E, assim, do interrogatorio do paciente ao esmero da receita, o mesmo methodo, o mesmo capricho, o mesmo criterio, a mesma preocupação de simplicidade e de clareza, o mesmo espirito de utilidade, a mesma probidade scientifica, o mesmo cuidado de verdade, tudo que delle nos faz mais que um mestre: um modelo vivo, um symbolo.

Na illusão optimista do seu altruismo elle imagina poder dar-nos, aos seus discípulos do hospital, mais ainda que a instrucção e a experincia: uma parcella toda de si proprio, de sua suprema autoridade contra a doença, de sua grandeza moral ante os collegas, que tão carinhosamente o respeitam: é a herança integral do seu grande exemplo, com que se o sente sonhar, no ardor do seu esforço, no enlevo da sua illusão.

Tanto mais grata nos é a oportunidade do reconhecimento da nossa dívida moral para comvoso, tão mais legitimo o nosso regosijo de hoje, pelo invejado privilegio que, mercê de Deus, nos conserva a nós do hospital o egoísmo da vossa convivencia. Não evoca tristezas, não sugere saudades, não se inspira felizmente na separação a nossa homenagem de agora, não significa despedida nossa saudação; se a menos brilhante é tambem a mais sincera, porque a mais feliz, a nossa festa scientifica de hoje.

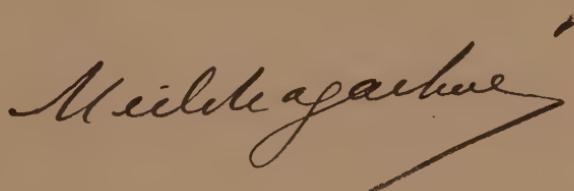
E não é o unico consolo á simplicidade e á pobreza da nossa solemnidade; no expressivo de sua modestia ha a belleza moral de um duplo gesto de abnegação: — de quem vos falla pela consciencia do quanto carecem suas palavras para serem dignas de vós; e dos nossos mestres e collegas presentes que, podendo a ella ter dado o brilho de seu espirito e o realce de seu talento, preferiram declinar do orgulho de honral-a para verem no discípulo, de mais perto, um pouco ainda do reflexo da vossa autoridade e vos darem indirecta e injustamente um resignado testemunho da mais carinhosa consideração e do mais delicado respeito.

Nesse duplo remorso vêde a sagrada significação do sacrifício, o maior realce, todo o prestigio da nossa intima homenagem."

Fallaram ainda os Professores Miguel Couto e Miguel Pereira, que enalteceram as qualidades pessoaes e scientificas do homenageado, tendo sido todos os discursos muito applaudidos.

Por ultimo, muito commovido, e em phrases de carinhoso desvanecimento, agradeceu o Professor Rocha Faria a generosa bondade de seus collegas e discípulos, que tanto o penhoravam e honravam naquelle inesquecivel manifestação de estima e apreço.

O Professor Rocha Faria foi abraçado e felicitado por todas as pessoas presentes, sendo immediatamente depois encerrada a sessão.

A handwritten signature in cursive script, reading "M. de Oliveira", is written in black ink. The signature is fluid and expressive, with a long, sweeping line for the first name and a more compact, enclosed form for the surname. A short horizontal line is drawn under the signature.



## O PROFESSOR ROCHA FARIA NA PRATICA HOSPITALAR

Falha se nos afigura a justiça que espera o desapparecimento dos homens de merito para então, sob pretexto de só assim se julgar em condições de absoluta imparcialidade, entoar louvores posthumos.

Mais louvavel nos parece a franqueza que se não arreceia de surgir a qualquer hora e antes prefere ir, desinteressada, ao encontro do proprio alvo de sua analyse, quando elle, ainda vivedouro e forte, se pôde dar perfeitamente conta das admirações que inspira.

Desta sorte com inteiro prazer nos vimos incorporar aos que decidiram a realização desta homenagem justissima. Deixaremos aos mais competentes a tarefa de elogiar o Mestre pela efficacia do seu brilhante ensino na Faculdade de Medicina. N'estas breves palavras preferimos apenas nos restringir á contribuição do nosso testemunho a respeito do seu feitio pratico na vida hospitalar, onde nos desvanecemos de servir como um dos seus auxiliares.

Desde as primeiras vezes que nos approximamos do Mestre, attrahiu-nos a attenção a rija tempra da sua calma imperturbavel, cuja austeridade simples nelle accentua o typo completo do Professor, do homem de espirito exclusivamente devotado ao culto da sciencia.

Depois, em convivio mais intimo, encontrando-o diariamente no hospital, tivemos a confirmação cabal das primeiras impressões.

Ha quinze annos o professor Rocha Faria dirige uma das enfermarias da Santa Casa com uma meticulosidade verdadeiramente modelar. E ahi é que melhor se pôde observar a caracteristica fundamental da sua vocação de clinico, o rigor todo exponaneo do seu inflexivel methodo.

Todas as manhãs, sem falta, á mesma hora, elle chega á sua enfermaria, e se abeira dos seus doentes sempre com os mesmos gestos seguros e lentos, como homem que de um profundo estudo trouxe um conhecimento tão vasto das miserias physiologicas, que vem certo de já não encontrar mais surpreza alguma.

Quando um de nós, seus auxiliares, deseja mais vivamente se preocupar com um caso alarmante e desorientador, o Mestre oppõe a tenacidade tranquilla, nunca passivel de vaccillação. A clarividencia certeira e incisiva, defendida por um systema nervoso assim excepcionalmente equilibrado, inacessivel ás impressionabilidades communs, nos parece a qualididade essencial da sua superioridade.

Seja-nos licito alludir a alguns episodios.

A's vezes é recebido em um dos leitos do hospital um doente que parece arquejar, revelando angustia e afflição extremas, rodeado dos seus discipulos o Mestre expõe que o primeiro dever do clinico é prover em bem do alivio do doente, contentar-se com os elementos sufficientes para a medicação immediata e relegar para mais tarde a indispensavel curiosidade scientifica da identificação completa do morbus.

Deixa aos seus internos, sob a constante vigilancia, toda a iniciativa do exame, de modo a incitá-los ao maximo interesse e a estabelecer entre elles a mais polida e util emulação. Afastando divagações e phantasias, imprimindo a todos os trabalhos orientação essencialmente practica, o Mestre guarda com carinho todas as *observações* dos seus internos, sempre forçados á maior clareza de linguagem.

Para nós todos, seus discipulos, esses cuidados o tornam um incomparavel guia. Assim com o maior empenho elle nos vae transmitindo generosamente o resultado da sua experienca preciosissima.

Quanto ao criterio perquiridor e quanto á precizão dos seus diagnosticos, seria inutil aqui amontoar provas, citando factos. Já se tornou proverbial a certeza dos diagnosticos do Mestre, em quem essa virtude clinica, a mais alta de todas, — finalidade extrema de nossos estudos, — é justamente a que mais brilha, e a que mais o impõe ao nosso respeito.

Aliás, nestas linhas quizemos tão sómente dizer que as visitas á enfermaria dirigida pelo eminent professor são diariamente verdadeiras paginas abertas de um precioso livro de clinica, todo elle cheio de um vasto "saber de experiencias feito".

O Mestre as vae expoendo no fecundo labor de educar gerações e gerações de discipulos, que levam seu nome a todos os cantos do paiz.

E estas palavras que aqui desataviadamente fixamos, valem por um signal denunciador de que esses discipulos nunca se esquecem do muito que lhe devem, não só ao exemplo dos seus dotes moraes e praticos, como á prodigalidade da sua sabedoria real, sempre expressa com a maior sinceridade e por isso mesmo admiravel de elevação e de verdadeira efficacia.

*Affonso da Cunha e Mello*



## UMA HOMENAGEM DA TURMA DE INTERNOS DE 1910

Discurso proferido na inauguração do retrato do Sr. Professor Rocha Faria  
na 2<sup>a</sup> enfermaria da Santa Casa da Misericordia, por occasião do  
seu 25º anniversario de magisterio superior, em 22 de Novembro de 1910,  
em nome dos internos, pelo doutorando OSCAR CLARK.

*Mestre amigo!*

Quando os meus collegas me incumbiram de interpretar os  
seus sentimentos por occasião de inaugurarmos a imagem  
d'aquelle a quem tudo devemos pela nossa aprendizagem clínica,  
declinei firmemente da tarefa porque me senti aquém da capa-  
cidade bastante para corresponder á altura da serenidade da  
sagração. Declinei porque me senti dominado e subjugado  
pela duvida e apoderado pelo receio de não traduzir á altura,  
e com fidelidade, os pensamentos dos applicados e talentosos  
companheiros de internato.

A recusa dos collegas, mestre amigo, forçou-me, no entanto,  
a ceder.

Não é sem motivo, sem profunda cogitação, que todos os  
annos certo numero de estudantes disputa com tenacidade o  
lugar de interno da 2<sup>a</sup> enfermaria.

Esse grupo foge á avalanche que frequenta as enfermarias  
officiaes, avalanche cujo apparecimento data do 3º anno do curso  
e avoluma-se até ao 6º.

Pois não é essencialmente commodo o passeio matutino ás  
enfermarias officiaes? Não é gozo intellectual o sentir-se empol-  
gado pela corpulencia da exposição do professor? Não é tão sim-  
ples aceitar, defender e mesmo jurar o acerto do cathedratico,  
sem ter-se tido o trabalho, seja dito, de por sua vez interpretar  
o organismo adulterado? Pois se o professor é summidade sci-  
entifica que de melhor do que o disparo no consenso unanime de  
opiniões? Que de mais natural e mais logico do que o julga-  
mento unanime de uma assembléa, após haver sido encantada  
pela voz decisiva do cathedratico? Errando ou não, abandona-  
mos tantas vantagens pela frequencia diaria, obrigatoria, car-  
regando aos hombros alguma responsabilidade, porque á testa  
da 2<sup>a</sup> enfermaria ha quem, *avis rara*, allia ao mais vasto cultivo

scientifico, cabedal enorme de observações colhidas em mais de quarto de seculo de actividade profissional. Porque, em os leitos da 2<sup>a</sup> enfermaria, se acham inscriptos, por signaes tão legiveis que os doentes mais rudes comprehendem, os pensamentos do mestre: internos — ao lado da curiosidade scientifica falla o dever mais elevado de consolar os doentes nos seus soffrimentos, quando os não podemos curar: enfermeiro — todo carinho para com esses pobres infelizes é pouco.

Um estudo analytico sobre o ensinamento de clinica nos famosos centros europeus faz-nos inveja a respeito da parte importante dispensada ao laboratorio. Mas relativamente á analyse clinica, temol-a a mais methodica, a mais intelligentemente distribuida.

De vós aprendemos que o progresso na practica da medicina depende essencialmente da observancia attenta e paciente de cada enfermo, e secundariamente das horas de profunda cogitação sobre os pesados volumes da sciencia de Hippocrates.

Aquelle, provido de poderosa memoria e grande raciocinio, poderá effectuar surtos alpinos, no prazo exiguo de um anno, uma vez dedicando-se ao estudo da mathematica, ou ao estudo das sciencias juridicas.

O talentoso que se dedicar á medicina poderá voar sobre o cabedal scientifico, subir ás mais altas regiões da pathologia geral; embrenhar-se nos ramos da psychiatria; elucubrar explicações geniaes sobre taes syndromos, revolucionar o mundo scientifico sobre a pathogenia de taes molestias.

Mas, conduzamol-o junto ao leito em que jaz um enfermo; esperemos alguma idéa salvadora desse cerebro genial: é a desillusão que surge. Aquelle, porém, que se dedicar, com a actividade e energia proprias á mocidade, á frequencia diaria do hospital, ao exame criterioso de pequeno numero de doentes, com tempo adquirirá grandes conhecimentos sem haver prejudicado a intelligencia com exagero de estudo theorico.

E vós, mestre amigo, distribuís tres leitos para cada interno, pois só assim se consegue o legitimo ensinamento. Não vos cansais em chamar-nos a attenção sobre a importancia das affecções chronicas. O espirito do principiante engana-se sempre a esse respeito. E' o seu principal caracter a curiosidade. Que valor tem o tratamento de uma molestia aguda, de maneira



AO MESTRE AMIGO,

Homenagem dos internos de 1910



cyclica, de prognostico firmado e contra a qual dispomos de medicação heroica ou especifica?

Grande... na clinica civil: aqui o vulto do medico cresce aos olhos dos leigos como se fôra sacerdote de Eleusis.

As affecções chronicas, para as quaes tanto chamais a nossa attenção, contra as quaes não dispomos de medicação heroica, affecções que desafiam a sapiencia do clinico, que ás vezes esgota todos os recursos therapeuticos, essas, constituem a grande fonte onde vamos beber a aprendizagem.

A medicina é essencialmente a arte de consolar; e o consolo nesses casos é factor da paciencia e do tacto do clinico habil e escrupuloso, que se resente da miseria humana. Em vós encontramos a encarnação do medico mais perfeito e mais humanitario. Em vós, aprendemos a conhecer a nobreza da pratica da medicina: por vós repetimos ser a medicina a mais nobre de todas as aspirações do espirito humano, porque o unico jurado capaz de julgar os seus erros é a consciencia.

Ahi fica, mestre amigo, o retrato de quem lustra com honradez a sciencia de Hypocrates.

Os que vos sucederem nessa enfermaria, nelle se inspirarão; ahi fica, ditando o dever, a todos os que, como nós, se sentarem neste compartimento, para concluir o invejavel dever moral; ahi fica, despertando a curiosidade nos noveis, que pedirão lhes contem a vida do mestre.

Representa elle o mais sincero agradecimento da turma de internos de 1910; é o nosso reconhecimento pelos tantos ensinamentos intellectuaes que nos ministrastes, pelos bellissimos ensinamentos moraes, que copiamos de vós. Não está, somos convencidos da falta, emmoldurado á altura da pessoa.

Não reluz, ao baixar a escuridão a esse local, como os ornamentos dos palacios reaes.

Mas, os grandes ornamentos são a imagem da felonía; representam o beijo de Judas.

Quizemos fazer salientar a imagem á sua moldura; o quadro é sobrio e expressivo, como o são os gritos da nossa consciencia; é elle o producto da expontaneidade de todos nós, é elle a sinceridade esboçada na simplicidade.

São os insultos apopleticos menos estrepitosos, aquelles que não deixam manifestações de lesão da zona motora, os que al-

teram mais profundamente a esphera mental do infeliz; são as dores articulares mais ligeiras, que passam despercebidas, que lesam mais inopinadamente a serosa cardiaca nas crianças; são as manifestações frustas do periodo secundario da treponemose, que apontam futuro negro ao terciarismo. E' a euphoria do enfermo, o seu optimismo, que primeiro faz prever o desenlace proximo; a physionomia aviva-se, o olhar refulge, porque já descobre e avista sombras de Além; enquanto o corpo se apresta em abandonar o mundo terrestre, a alma goza das delicias do ignoto; o abatimento physico, no moribundo, excita-lhe as faculdades do espirito.

Tambem, mestre amigo, a simplicidade do quadro traduz a pureza de nossas intengões, eleva a grandeza da espontaneidade dos nossos sentimentos.

O retrato que ahi fica representa a imagem viva do que vai estampado em nossa alma na rotina accidentada que havemos de trilhar em breve; é a manifestação material, o revérbero perenne da profunda affeição que vos dedicamos, o reconhecimento puro do quanto vos esforçastes pelo nosso adeantamento. Sirva elle, para vós, de reflector immenso do que vos dizemos, afim de que possais penetrar em nossa consciencia e ahi julgar da nossa sinceridade. Sirva elle para vós, de telescopio poderoso, afim de que possais penetrar pelas janellas que offerecem as nossas pupilas, ao interior do nosso coração, e, então, indagar do jubilo que lhe vai na trama.

Sirva elle, para vós, de microphono bastante sensivel, para, todas as vezes que aqui penetrardes, terdes, por intermedio do collector acustico, novamente impressionados os tympanos, com as ondas sonoras, que acabam de vibrar nesse momento.

E' para homens, como vós, que se cantam as sublimes palavras do mestre dos mestres, daquelle que, por si só, representa e significa a intellectualidade de uma nação: o Conselheiro Ruy Barbosa:

“A felicidade está na doutra do bem distribuido sem idéa de remuneração; ou, por outra, a nossa felicidade consiste no sentimento da felicidade alheia generosamente creada por um acto nosso.”

*Oscar Clark.*

# **O PROF. R. FARIA NA ASSOCIAÇÃO MEDICO-CIRURGICA**

**PELO**

**DR. OLIVEIRA AGUIAR**



Discurso proferido na posse do Sr. Professor Rocha Faria como socio honorario da Associação Medico-Cirurgica do Rio de Janeiro  
pelo orador official DR. OLIVEIRA AGUIAR

*Exmo. Sr. Professor Dr. Rocha Faria.*

*Exmo. Sr. Presidente.*

*Meus Senhores.*

“Quando o fluido de uma idéa poderosa impregna o ambiente, em solemnidades como esta, indiferente é a personalidade do orador; não sei explicar de outro modo a nomeação da minha incompetencia para o encargo e a honra da palavra nesta festa magnifica.

Qualquer, em taes ocasiões, pôde ser o interprete de todos.”

Abrigo-me a este conceito judicioso e sensato de uma das mais robustas intellectualidades patricias para justificar, perante mim mesmo, o motivo da minha escolha para tão honroso mandato.

Eu recebo a V. Ex., Sr. Professor Rocha Faria, como qualquer outro de nós; não podia subsistir selecção; razões não havia para a escolha, porquanto a unanimidade de pensar é flagrante, o sentimento que em todos existe é um só.

Ha aqui como que uma atmosphera singular de carinho e de respeito, de orgulho e de saudade.

Ha aqui neste recinto, de escassas dimensões, uma metamorphose estranha.

Ha aqui, neste recinto, como que a transmutação brusca, repentina, ao sabor das lendas da nossa meninice, de uma choupana tosca, em palacio sumptuoso, cheio de magnificencia e de esplendor.

Dá-lhe a magnificencia o movimento bondoso do mestre querido vindo até nós; empresta-lhe as galas a assistencia de

escol, em protestos de solidariedade, de acatamento e estima ao nome de Rocha Faria, de onde deriva a pompa extraordinaria da regia transformação.

Ha o carinho, porque nesta casa se cultua o verdadeiro valor, porque nesta casa ha o respeito aos nomes que se fizeram pelo seu saber e pela sua conducta.

E' que aqui se prega o evangelho do acatamento á reputação alheia, consubstanciado na escolha feliz da nossa divisa — um só coração, uma só alma —, para cuja integridade se volta sempre a preocupação de cada um, afim de que ella não se esboroe e caia em pedaços, como em pedaços cahirá a nossa dignidade profissional no momento em que esse cuidado não existir.

Ha na união que aqui se vê, o espirito de colleguismo que se accentua e se avoluma cada vez mais, porque é nessa solidariedade, apenas, que se pôde encontrar o conforto para o golpe cruel e não raro de se ver transformar a lagrima estancada em anathema tremendo.

Não me é lícito sonhar, não me são mais permittidas as utopias.

Uma vida de luctas e de trabalhos já me vae a pouco e pouco descerrando o velario da phantasia que me não deixava ver a realidade das cousas; já se me vae tornando cada vez mais tenue a nuvem de optimismo, onde as chimeras se embalam.

Mas eu creio — louco, sonhador, poeta ou realista, o que quizerem enfim — eu creio, com a fé que os factos robustecem, que essa união não é um facto impossivel; eu creio na sua possibilidade de realisação como creio na existencia de um Deus todo bondade, todo misericordia.

Creio na nobreza da classe á qual com tanta ufania e orgulho pertenço, creio na elevação da sua estatura moral, pela união dos que nella soffrem as mesmas dores, os mesmos pezares.

E por que? Por que essa fé tão forte, essa confiança tão grande?

E' porque eu creio na efficacia do exemplo.

E este ahi o tendes.

De Rocha Faria não nos ficaram apenas as suas lições; ficou tambem, indelevel para todos nós, a sua figura moral.

Seu nome deve ter para nós um culto de fé pela sua con-

ducta, um culto de admiração pelo seu saber, um culto de orgulho porque foi aqui, na terra abençoada em que nascemos que elle tambem nasceu.

---

Paire neste momento por sobre nós um não sei que de saudade. Uma idéa vaga, que se não define bem.

A presença nesta casa de um mestre querido como sempre foi Rocha Faria faz com que tornemos atraç.

Assim como, junto da creatura, sacrario dos nossos affectos, escrinio dos nossos carinhos e desvellos, cuja neve dos cabellos beijamos reverentes e cuja mão amiga nos abençoa e acaricia, nós não envelhecemos nunca, assim tambem, junto a um mestre amigo, nós nos sentimos com a mesma disposição dos tempos em que a alegria descuidada desfazia pezares, transformando na gargalhada franca o soluço que nos estrangulava.

E si na superficie do aço polido do espelho nos fosse dado agora ver reflectida a nossa imagem, certo, seria surpreza para todos nós a prata que a pouco e pouco já se vem insinuando na cabelleira, outr'ora revolta, de bons tempos academicos, taes como as desillusões e seu sequito, scepticismo á frent, baniiram os nossos sonhos da mocidade despreoccupada e alacre.

Vem á nossa imaginação aquella casa, que V. Ex. tanto honrou, e a que todos nós tanto bem queremos. Foi dalli, que ao cabo de mais de tres dezenas de annos, de ininterrupto labor, ao sahir ha pouco, por uma jubilação sem favores nem concessões, transformaram numa apotheose de gloria toda a saudade que iriam experimentar com a ausencia do mestre querido.

As lagrimas que se debruçavam ás palpebras dos que assistiram a esse espectaculo grandioso, foram, como que tocadas por magico condão, transformadas em petalas que, em revoada, cahiam sobre a cabeça que alli se encanecera.

---

Eu peço, contricto, perdão a V. Ex.

Eu peço a todos vós, collegas prezados, que me releveis lembrar o que nos aperta o coração.

Que se não veja em mim outro intuito que não seja o de obedecer á vossa costumeira benevolencia e generosidade, dizendo o que todos vós sentis, num desatavio de linguagem, tudo quanto nos vae nalma.

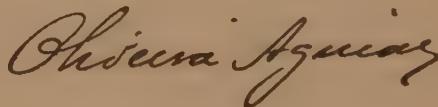
Si não é elevado o estylo ao qual um apoucado engenho mais não poude dar, tem ao menos em sua defesa a eloquencia do coração.

Encoraja-me e consola Quintiliano, que, no seu combate á tendencia de se fazer, naquelle época, da eloquencia instrumento á jurisprudencia e á advocacia, affirmava:

Pectus est quod dissertos facit.

E si é o coração que faz os eloquentes, estou satisfeito comigo mesmo.

Seja, pois, V. Ex., Sr. Professor Rocha Faria bemvindo a esta casa e que o exemplo de austeridade e correcção de sua vida profissional seja imitado, e se constitua o pallio sob o qual, com sacratissimo respeito, sejam conduzidas a honra e a dignidade da classe medica.

A handwritten signature in cursive script, likely in ink, consisting of the name "Joaquim Aguiar" written in a flowing, elegant style.

## MEDICINA PUBLICA



# **DOCIMASIA PULMONAR HYDROSTATICÀ**

**PELO**

**PROF. E. NASCIMENTO SILVA**



## A DOCIMASIA PULMONAR HYDROSTATICNA PERICIA DO INFANTICIDIO

E' um facto, corollario de uma lei de physica, fluctuar na superficie d'agua todo corpo mais leve do que ella, e submergir em sua massa todo aquelle que fôr, do que ella, mais pezado ou mais denso.

Sob esse fundamento surgiu um ensaio denominado — docimasia pulmonar hydrostatica —; uma prova de vida do infante recem-nascido, que permitte verificar que os pulmões fetaes, isto é, aquelles que nunca respiraram, ainda privados de ar, por mais pezados, mais densos do que a agua, mergulham em sua massa, vão ao fundo, enquanto que, ao contrario, os pulmões que respiraram, não obstante o augmento de seu peso absoluto, tornam-se menos densos pelo excesso de volume adquirido, têm um pezo especifico menor, fluctuam n'agua, mantem-se em sua superficie.

Por informe da historia, foi Galeno quem primeiro notou as modificações dos pulmões do recem-nascido consequentes ao estabelecimento da função da respiração, observando que a substancia de rubra, pezada e densa, se tornava alva, leve e fofa.

Eis porque a Galeno se attribue essa docimasia, por isso tambem conhecida por — methodo de Galeno.

Quem primeiro a praticou em um caso de crime de infanticidio, em 1681, affirma-se ter sido Juan Schreyer, medico na pequena cidade de Zeitz, na Silesia.

Por alternativas tem passado a docimasia hydrostatica como elemento de prova de vida extrauterina do feto. Applaudida com entusiasmo em seu periodo primordial, foi esta docimasia, pouco tempo depois, contestada, julgada inefficaz, e as docimasias de Daniel, de Plouquet e de Bernt propostas

para substituirl-a. Entretanto, resistindo a tão activa e intensiva reacção, conseguindo ser preconizada por Teichemeyer, Tardieu, Hofmann, etc., a docimasia galenica readquiria a sua supremacia na pratica pericial, onde foi introdusida pelas Ordenações Austriacas e pelo Regulamento prussiano.

Realmente, de experientia secular, a docimasia pulmonar hydrostatica é um ensaio simples, de technica facil, sem maior apparelhagem, e que, interpretado criteriosa e rigorosamente, pôde e deve subsistir como uma boa prova diagnostica de vida do infante, em sua accepção legal.

“E’ a condição *sine qua non* de toda necropsie de recem-nascido” (R. Thomas).

Sendo um util recurso de revelação de ar nos pulmões, o seu valor semiologico não é inconteste, absoluto, como prova da respiração, sabendo-se que causas outras poderão produzir aquelle effeito.

Dessas causas estranhas, verdadeiras causas de erro a evitá-la na diligencia, merecem preferencia de menção a penetração artificial de ar no pulmão e a sua putrefacção.

Excluir, com efficacia, a primeira causa de erro, não é de difficultade maior, por ser simples a verificação nos pulmões dos effeitos da penetração artificial de ar, observando-se, com evidencia, a sua desigual e irregular distribuição na trama pulmonar, a consequente formação de emphysema intersticial, a ausencia do aspecto especial, marmorizado da superfície do pulmão, e, finalmente, o redusido affluxo de sangue para o seu tecido.

De resto, na duvida da influencia desses effeitos materiaes na diagnose differencial entre pulmões que respiraram e aquelles que foram arejados artificialmente, o facto da pratica da insuflação artificial, recurso para chamar á vida um recem-nato, ponco provavel quando se pretenda criminal-o, é incompativel com o parto clandestino, aliás necessario na pratica do infanticidio.

A outra causa de erro, capaz de provocar a insufficiencia da docimasia hydrostatica, representada pela putrefacção dos pulmões, da maior relevancia, requer, para a sua exclusão, uma analyse cuidada e da maior exactidão de parte do perito.

De ha muito vem a putrefacção dos pulmões dos recem-nascidos preoccupando a attenção dos scientistas, experimentadores e peritos.

Desde o seculo XVIII, debates calorosos ocorreram e opiniões extremadas foram proferidas sobre a transformação putrefactiva dos pulmões do recem-nascido.

Após um intersticio de meio seculo, a questão foi resolvida, em 1895, por Bordas e Descout, no seio da Sociedade de Medicina legal e da Academia de Medicina de Paris, em uma memoria por elles apresentada, onde se lia a seguinte conclusão de suas experiencias: "A putrefacção dos pulmões dos recem-nascidos, que não respiraram, não pôde provocar phenomenos capazes de modificar a densidade desses orgãos."

Mais tarde, no Congresso de Paris, em 1900, em novo relatorio, Bordas e Descout affirmaram que "a putrefacção gazosa do pulmão do recem-nascido é função da respiração."

Debates muito activos e discussões vivas houve em varios e successivos congressos e em artigos e memorias publicadas, querendo uns, consoante o voto de Bordas e Descout, que os pulmões fetaes jamais serião compromettidos pelo processo putrefactivo gazoso, e sustentando outros, Puppe e Ziemke, Strassmann, Zino, Balthazard e Lebrun, etc., que a putrefacção gazosa bem podia se fazer nos pulmões dos recem-nascidos que não respiraram, mortos em apnêa, podendo, pois, provocar a sua fluctuação n'água.

Na presente data, está considerada uma questão fechada a possibilidade da putrefacção gazosa dos pulmões dos recem-nascidos que não respiraram, e assentadas as instruções seguintes:

1<sup>a</sup> — os pulmões dos recem-nascidos resistem sobremodo á putrefacção, favorecendo informes, por prazo assaz longo, á docimasia pulmonar hydrostatica;

2<sup>a</sup> — os pulmões fetaes propriamente ditos, isto é, aquelles que nunca respiraram, soffrem, excepcionalmente, a putrefacção gazosa; neste caso o emphysema putrido é, ordinariamente, muito discreto, em oposição ao que succede nos pulmões de recem-nascidos que respiraram, onde esse emphysema é evidente, extenso e confluente.

Como consequencia pericial, formúla Thoinot a seguinte: "um desenvolvimuento consideravel de putrefacção gaseosa em um pulmão de recem-nascido inspira *a priori* a ideia da presença de um pulmão tendo respirado, pertencendo a uma criança que teve vida extrauterina, porque em medicina legal, segundo Casper, não devemos contar com os casos de respiração intrauterina, *incompativel com os partos clandestinos.*"

A putrefacção do pulmão, na pericia de infanticidio, evita-se por pratica de technica simples, perfeitamente comprovada, e que vem registrada em qualquer manual de medicina legal.

Sem razoavel applicação nos casos de uma putrefacção dos pulmões muito extensa e avançada, a docimasia hydrostatica, porém, em casos de uma putrefacção discreta ou mesmo algo adiantada, poderá permittir um pronunciamento, um juizo seguro se o pulmão respirou ou não, maximé quando auxiliada pela docimasia pulmonar optica e corrigida, corroborada ou completada pela docimasia pulmonar histologica.

Embates mais sérios e graves contra a docimasia hydrostatica prepararam factos concretos, registrados em bom numero nos archivos de medicina judiciaria, de fetos que viveram sem respirar, tiveram vida sem respiração ou vida circulatoria exclusiva.

De facto, fetos a termo podem nascer vivos, ficando, porém, por alguns segundos até dois e meio minutos, em apnéa, privados do estabelecimento da respiração; outrosim, mais frequentemente, fetos immaturos ou debelis mal respiram nos primeiros momentos que se seguem ao nascimento; e o mesmo poderá suceder áquelles fetos nascidos em estado asphyxico, por interrupção precoce da circulação placentaria ou áquelles outros que vêm envolvidos pelas membranas ou tem as vias respiratorias obstruidas por seus retalhos; ou, finalmente, áquelles que nascem em um meio liquido.

Em todos estes casos, vida houve, mas, ou porque os recem-nascidos tivessem tido uma respiração escassa, superficial, inefficaz no arejamento do pulmão, ou porque a vida tivesse sido puramente circulatoria, a docimasia hydrostatica se mostrará negativa, isto é, os pulmões submettidos a essa prova irão ao fundo do vaso.

Objecção de maior gravidade contra esta docimasia, demonstração eloquente de sua insufficiencia na resolução do problema de vida do neo-nato no infanticidio, articula o facto concreto, de observação de Meister, Schenkius, Blot, Budin, Tissier, Brouardel, Vibert, Thoinot e Balthazard, de crianças que respiraram, vagiram, gritaram e agitaram-se, tendo tido horas de sobrevivencia, cujos pulmões se apresentaram privados do ar em absoluto ou quasi.

Não importa mais como explicação do caso o estabelecimento de uma respiração superficial, bronchial, consequencia da immaturidade dos fetos, porquanto o phenomeno não tem sido observado sómente em fetos immatuuros.

Está aceita a possibilidade da eliminação de todo o ar entrado nos pulmões por effeito da respiração, dando-se a regressão do orgão ao estado primitivo, havendo um verdadeiro retorno ao estado fetal.

Tal phenomeno, conhecido pela denominação de *atelectasia secundaria*, tem tido mais de uma pretendida explicação — Schröder propõe explicá-lo pela paralysação das expirações por causas ignoradas, agindo, então, as expirações causadas exclusivamente pela elasticidade do pulmão, aliás bem pronunciada no recem-nascido, e expellindo todo o ar nelle contido.

Ungar, aceitando essa causa mecanica, julga que o desaparecimento do ar residual é tambem devido á sua absorção pelo sangue existente nos pulmões.

As transudações pleuraes, devéras frequentes, têm servido para, por compressão, desalojar o ar, em particular nos fetos submersos n'água. E' mais uma explicação para certos casos.

A *atelectasia secundaria*, ás vezes, pôde ser interpretada como um phenomeno *post mortal*.

Segundo Krabmer, esse estado anatomo-pathologico se verifica por accumulo de gazes da putrefacção nas cavidades pleuraes e a consequente pressão dos pulmões, determinando a expulsão do ar retido em seus alveolos.

Quaesquer que sejam as suas condições causaes, da realidade da *atelectasia secundaria*, comprovada por observações experimentaes, se infere uma instrucção do maior interesse pericial na biognose do infante recem-nascido; a noção de que a ausencia de ar, verificada pela docimasia hydrostatica pul-

monar classica, não é uma demonstração segura da não occor-  
rencia da respiração extrauterina.

Recentemente, em uma communication feita ao *Comité mé-  
dical des Bouches-du-Rhône*, o Dr. Séverin Icard (de Marseille)  
apresentou um novo methodo de docimasia pulmonar hydrosta-  
tica, applicavel aos pulmões frescos e aos pulmões putrefactos,  
do qual dá noticia detalhada nos "Annales d'hygiene publique  
et de médecine légale", de Setembro de 1914. Pretende Icard  
que o seu novo methodo possa ser utilisado, com resultado po-  
sitivo, exatamente nesses casos que vimos de assignalar, nos  
quaes se verifica a insufficiencia da docimasia pulmonar hydrosta-  
tica, onde ella se mostra impotente para dispensar qualquer  
informe.

Bem adverte Icard què quasi todos aquelles autores, que  
fizeram as observações antes assignaladas, verificaram nos pul-  
mões dos infantes a presença de uma pequena quantidade de ar,  
cujo volume, porém, era insufficiente para poder ser revelado  
pela docimasia galenica.

Pois bem, segundo Icard, é a presença constante desse vo-  
lume de ar, ainda que minimo, no pulmão, de onde quaesquer  
manobras mecanicas não poderão eliminar-o, que constitue o  
fundamento do seu novo methodo hydrostatico.

Por aspiração ou pelo emprego da agua quente, esse novo  
methodo consegue dilatar aquelle pequeno volume de ar residual  
do pulmão e, por isso, torna-o de um peso especifico inferior ao  
da agua.

Diremos tão sómente do processo da aspiração, por julgar  
mol-o mais consentaneo á nova modalidade da prova hydrosta-  
tica.

Para a practica do novo methodo, por aspiração, não é pre-  
cisa apparelhagem de maior; basta um frasco, cerca de 300 cc.  
de capacidade, fechado fortemente por uma rolha de borracha  
provida de uma perfuração central, cuja é obturada hermetica-  
mente, no momento da operação, pela canula de uma seringa  
de hydrocele, que, por sua extremidade livre, excederá de pouco  
a porção da rolha no interior do gargallo do frasco. E' nesse  
apparelho, simples e engenhoso, que, graças a uma technica ri-  
gorosa, se practica o novo methodo de docimasia sobre fragmen-  
tos do pulmão do volume de uma pequena noz.

Ao levantamento do embolo da seringa, havendo a rareficação do ar e a formação de um vacuo relativo na pequena camara de ar existente no gargallo do frasco, dilata-se o ar residual, augmentam de volume os fragmentos do pulmão, diminue o seu peso específico, e, consequentemente, esses fragmentos sobem na massa d'água e fluctuam em sua superficie.

Dispensamo-nos, com proposito, da indicação dos detalhes de technica da operação, que poderão ser buscados na publicação original do autor do methodo biognostico, mas, de um modo muito particular, fazemos notar que Icard diz que o methodo que propõe não é mais que uma applicação da lei de Mariotte, sobre a compressibilidade dos gizes: "Os volumes ocupados pela mesma massa gazosa, de temperatura constante, estão na razão inversa das pressões que ella supporta."

Julga Icard que o seu novo methodo não só convém para os pulmões frescos, em condições precarias á efficacia da docimasia hydrostatica classica, como, tambem, para os pulmões putrefeitos, de cujos fragmentos, por compressão mais ou menos energica, como manda a technica, se tem procurado eliminar os gizes da putrefacção, podendo, entretanto, essa ação mecanica expellir, igualmente, algum volume do ar residual, por pequeno que seja, que influa, todavia, no pezo específico dos fragmentos do pulmão, os quaes irão ao fundo d'água apezar de pertencerem a um pulmão que respirou.

Não obstante as frequentes e reiteradas applicações experimentaes que tem feito deste seu methodo, acredita Icard prematuro, por agora, um juizo positivamente affirmativo sobre o seu valor; e aguarda os resultados das experiencias e das observações alheias, satisfazendo-se em aconselhar o seu emprego como um *contrôle* nos casos negativos da docimasia pulmonar hydrostatica.

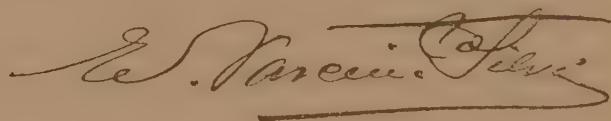
Uma unica vez, e com feliz exito, pudemos realizar a prática do processo Icard. Do pulmão de um feto, após a verificação da docimasia hydrostatica positiva, alguns dos fragmentos foram, com rigor de technica, introduzidos no frasco para a operação do novo methodo, sobrenadando francamente todos elles, menos um, independentemente de qualquer baixa de pressão.

O fragmento unico, que deixou de fluctuar e permaneceu no fundo do frasco, procedendo-se á rareficação do ar, por aspira-

ção, no interior do referido frasco, elevou-se na massa d'água, subiu até a sua superficie, de onde se afastava, indo de novo cahir no fundo, sempre que se suspendia a aspiração, isto é, desde que a pressão intraalveolar tornava á primitiva.

Por falta absoluta de material, nunca mais nos foi possivel repetir essa nova modalidade da prova hydrostatica no curso official da Faculdade.

Em consequencia, e na ignorancia dos conceitos e votos dos competentes proferidos a respeito, quer no nosso meio, quer no estrangeiro, conjecturamos, tão sómente, por seu fundamento scientifico, a mediata aceitagão do novo methodo do Dr. Séverin Icard, cuja effectividade exaltará, sem duvida, a estimacão da docimasia pulmonar hydrostatica na pericia do infanticidio.



J. Varela Faria

# O PROBLEMA DA VARIOLA

PELO

PROF H. TANNER

Aliás, a obrigatoriedade da vaccinação anti-variolica, ao menos quanto ás creanças, é apontada nas "Instruções aos delegados de hygiene para a execução das medidas sanitarias motivadas pela notificação compulsoria das molestias transmisiveis, creada pelo decreto n. 68, de 18 de Dezembro de 1889", nas quaes, em data de 26 de Dezembro de 1889, o eminent professor ROCHA FARIA, então Inspector Geral de Hygiene, recommendava no art. 7º: "Em caso de variola, além dos cuidados geraes de isolamento e desinfecção ora consignados, o delegado procederá á vaccinação e revaccinação de todas as pessoas da casa e imporá multa no caso de haver creança de mais de seis mezes não vacinada, dando immediata communicação á inspectoria".

De facto, pelo referido decreto de 18 de Dezembro de 1889, o governo provisorio da Republica, por inspiração do emerito professor, estabeleceu a obrigatoriedade da vaccinação contra a variola nos seis primeiros mezes de vida, ficando facultativas as revaccinações de 10 em 10 annos.

Cumpre desde logo assignalar que não fôra essa a indicação feita pelo Inspector Geral de Hygiene que, convencido da necessidade de ser decretada a vaccinação obrigatoria, não trepidou em fazer a proposta da medida salvadora ao governo revolucionario. Mas, deante da oposição tenaz que a essa proposta oppuzeram dois membros proeminentes do governo provisorio, ambos de arraigadas convicções positivistas, foi preciso ceder quanto ao absolutismo da medida, que ficou reduzida ao consignado nas Instruções acima referidas.

A campanha antivariolica bem ordenada não pôde deixar de dar o mesmo resultado da que fez desapparecer dos quadros noso e demographico do Rio de Janeiro a febre amarella e cobriu de gloria e de bençãos o nome aureolado de OSWALDO CRUZ, discípulo que foi de ROCHA FARIA e que, honrando o mestre, soube por seu turno fazer-se mestre.

O que é preciso é que haja a vontade firme e decidida de realizar a promissora empreza, que nos deve poupar o vexame de sermos ainda hoje flagellados por uma infecção perfeitamente, seguramente evitável.

E os exemplos eloquentes e probantes ahi estão.

Na Bosnia e na Herzegovina, onde em 1888-1889 se deram 27.717 casos de variola com 5.018 obitos, apôs a ocupação pelo

governo austriaco foi, com todo o rigor estabelecido o regimen da vaccinação e revaccinação obrigatorias e em 1895 estava o territorio inteiramente livre da variola. (1)

Do mesmo modo em Cuba, regimen analogo estabelecido e rigorosamente executado pelo governo militar americano, em 1902, deu o estupendo resultado de desapparecer por completo a variola, de Havana, no fim do mesmo anno de 1902, e de toda a ilha, ao cabo de 10 annos. (2)

Outro exemplo classico é o da Allemanha, onde não mais se conhece a variola, que constitue objecto de grande curiosidade da parte de medicos e de estudantes de medicina, que chegam a emprehender viagens para vêr algum caso porventura aparecido, vindo de outros paizes. E' que para o povo allemão a vaccinação e revaccinação antivariolicas são obrigatorias desde 1875.

E o exemplo ultimo é para nós tanto mais demonstrativo quanto praticamente evidencia a necessidade da revaccinação e claramente revela a inanidade da obrigatoriedade indirecta, como entre nós é praticada exigindo-se atestados de vaccinação e de revaccinação em diferentes actos da vida civil, como: matricula nas escolas publicas primarias, matricula nas escolas normaes, nos collegios ou gymnasios e nas escolas superiores, admissão nos empregos publicos, no serviço militar, etc.

A pratica da obrigatoriedade indirecta, sobre ser insuficiente por não attingir a totalidade da população ou não fazel-o senão successivamente em prazo longo, ainda facilmente é burlada pela falsa noção, não raro existente na classe medica, de que nestes, como em outros casos analogos, não tem maior importancia ceder o medico aos impulsos generosos de seu coração e, contrariando embora os dictames da razão esclarecida, firmar atestados complacentes.

Na Prussia, onde a vaccinação anti-variolica foi a principio (1820) facultativa e logo depois (1826) obrigatoria, mesmo quando estabelecida a vaccinação de todos os individuos ainda não immunisados, teve a variola grande desenvolvimento, attin-

(1) Alessandro Lustig, *Malattie infettive dell'uomo e degli animali*, Milano, 1915 vol. II, pag. 915.

(2) Alessandro Lustig, loc. cit., pag. 915.

gindo a mortalidade, em 1831, ao coefficiente de 75 por 100.000 almas. (3)

Em 1831 o chefe do corpo de saude do exercito determinou que fossem vaccinados todos os recrutas mesmo quando anteriormente immunisados, pois, fôra apurado que morriam de variola individuos vaccinados com exito na infancia.

A revaccinação obrigatoria do exercito allemão constitue grande e notavel demonstração permittindo apreciar, em contraste, a variola no exercito e na população civil e, em relação aos annos de 1870-1871, fazer cotejo entre o que se observou no exercito allemão e o que se passou no exercito francez.

Quanto ao estudo comparativo da variola no exercito e na população civil da Prussia o contraste é manifesto e facilmente apreciavel no quadro, em que são indicados os coefficients de mortalidade por variola a partir do anno de 1825, e que figura no excellente trabalho do Dr. SÜPFLE.

Por occasião da guerra com a França houve pequena elevação da mortalidade por variola no exercito, mantendo-se, porém, em nível baixo em relação á mortalidade pela mesma causa na população civil.

Assim em 1871-1872 a mortalidade foi respectivamente:

População civil.....	243,2	262,4
População militar.....	27,5	30,5

O total de perdas por variola no exercito allemão na guerra 1870-1871 foi de 459; ao passo que no exercito francez foram sacrificadas pela variola 23.469 vidas. No exercito francez não era feita systematica revaccinação obrigatoria.

Em 8 de Abril de 1874 teve sancção imperial a lei da vacina — *Impfgesetz* — que entrou em execução em 1 de Abril de 1875, estabelecendo a obrigatoriedade da vaccinação e da revaccinação contra a variola.

Não tardaram os effeitos beneficos da salutar medida. A variola desappareceu do exercito allemão e na população civil a mortalidade por variola se reduziu a coefficients minimos.

Quanto ao facto de haver casos, aliás, raros, de individuos a quem a vaccina antivariolica não aproveita, nada ha de ex-

---

(3) Dr. Karl Supfle, *Lehrbuch der Vaccinations —lehre*, Berlim, 1908, pag. 27 e 28.

traordinario, de incomprehensivel, em se tratando de phenomeno de ordem biologica, e sobretudo nada ha que justifique a oposiçao á medida aconselhada. Esses individuos em numero reduzido ,dêis que toda a collectividade esteja immunisada, não terão como se inficionar. E quando, por qualquer circumstancia, que os actuaes meios faceis de communicação podem favorecer, cheguem elles a contrahir a doença, não poderão transmitir-a, constituirão casos isolados, facilmente dominados, não havendo perigo de que surja uma epidemia.

A importancia do problema da variola em nosso meio resalta empolgante da leitura dos Annuarios de Estatistica Demographo-Sanitaria.

Desde logo se nos impõe á observação a circumstancia de que os surtos epidemicos se repetem com intervallos approximados de quatro annos, sendo seguidos de periodos de acalmia, o que, aliás, é a regra em todos os centros de população em que a lucta contra a variola ou não é realizada ou é executada de maneira imperfeita, com intermitencias injustificaveis.

Com effeito, atacados os individuos não immunisados, adquirem elles immunidade por alguns annos, ficando muito reduzido o numero dos receptivos, que são sobretudo representados pelas creanças que nascem apôs a manifestação epidemica.

São impressionantes as cifras, que aqui reproduzimos, do trabalho do Dr. THEOPHILo TORRES — *La campagne sanitaire au Brésil* — e que se referem aos obitos por variola no Rio de Janeiro :

Em 1873, a variola fez 1.600 victimas; em 1878, 2.200; em 1883, 1.300; em 1887, 3.400; em 1891, 3.950; em 1895, 1.850; em 1899, 1.400; em 1901, 1.430; em 1904, 3.590; em 1908, 6.545.

E ainda hoje é grande o numero de receptivos, conforme a demonstração que, por indicação do Sr. Dr. CARLOS SEIDL, Director Geral da Saude Publica, foi brilhantemente feito pelo illustre chefe do Serviço demographico Dr. SAMPAIO VIANNA.

“Tomando-se a cifra total dos nascimentos inscriptos no periodo de 1903 a 1915, della descontando não só a cifra de vacinações no mesmo periodo, no presupposto de que essas só tênham sido applicadas aos recemnascidos, o que não é verdade, como tambem as cifras de obitos geraes successivamente de 0 a 1 anno, 0 a 2, 0 a 3, 0 a 4, 0 a 5 e 0 a 10, que ocorreram nos indi-

viduos nascidos naquelle periodo, sem fallar nos contingentes fornecidos pelos forasteiros que affluem a esta cidade, chega-se á conclusão de que existe um saldo de 46.252 receptivos, algarismos que só por si, sem ajuda dos estrangeiros não vaccinados e dos nacionaes adultos que perderam a immunidade ou que nunca foram inoculados, é bastante sufficiente para manter e entreter uma seria epidemia de variola cujos estragos não podem ser avaliados.

Nascimentos no periodo de 1903 a 1915.....	302.886
Vaccinações no mesmo periodo.....	161.933
Obitos geraes de 0 a 1 anno, de 0 a 2 annos, de 0 a 3 annos, de 0 a 4 annos, de 0 a 5 annos e de 0 a 10 annos, no pe- riodo de 1903 a 1915.....	94.702
	256.634
Saldo.....	46.252

Para delir essa nodoa, para expungir esses feios dados da nossa Estatistica demographo-sanitaria actualmente, nem nos falta lei. Temol-a que torna obrigatoria, em toda a Republica, a **vaccinação e revaccinação contra a variola**.

E' a lei n. 1.261, de 31 de Outubro de 1904, que ao governo federal ainda não aprovou regulamentar e fazer applicar.

#### Lei n. 1.261 — de 31 de Outubro de 1904

Torna obrigatoria, em toda a Republica, a vaccinação e revaccinação contra a variola

O Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil:  
Faço saber que o Congresso Nacional decretou e eu sanciono a lei seguinte:

**Art. 1.º** A vaccinação e revaccinação contra a variola são obrigatorias em toda a Republica.

**Art. 2.º** Fica o governo autorizado a regulamentar sob as seguintes bases:

a) a vaccinação será praticada até o 6º mez de edade, ex-

cepto nos casos previstos de molestia, que poderá ser feita mais tarde;

*b)* a revaccinação terá logar sete annos após a vaccinação e será repetida por septennios;

*c)* as pessoas que tiverem mais de seis mezes de edade serão vaccinadas, excepto se provarem de modo cabal, terem soffrido esta operação com proveito dentro dos ultimos seis annos;

*d)* todos os officiaes e soldados das classes armadas da Republica deverão ser vaccinados e revaccinados, ficando os commandantes respectivos responsaveis pelo cumprimento desta;

*e)* o Governo lançará mão, afim de que sejam fielmente cumpridas as disposições desta lei, da medida estabelecida na primeira parte da letra *f* do paragrapho 3º do art. 1º do decreto numero 1.151, de 5 de Janeiro de 1904;

*f)* todos os serviços que se relacionam com a presente lei serão postos em practica no Districto Federal e fiscalisados pelo Ministerio da Justiça e Negocios Interiores, por intermedio da Directoria Geral de Saude Publica.

Art. 3º Revogam-se as disposições em contrario.

Rio de Janeiro, em 31 de Outubro de 1904, 16º da Republica.

— FRANCISCO DE PAULA RODRIGUES ALVES. — DR. J. J. SEABRA.

Na applicação desta lei, devido aos esforços de OSWALDO CRUZ, então director geral de saude publica, será, sem duvida, necessário attender á indole do nosso povo, que se não insurge contra medidas de cujas vantagens esteja convencido ou que lhe sejam offerecidas sem exhibição de força ou violencia.

E' indispensavel, porém, que a applicação della seja de facto uma realidade.

E se nos repugna a execução da medida como determinação simples da lei, preparamos o natural advento desta, como consagração de um uso de bôamente aceito pelo povo, mercê de uma propaganda intelligente, reiterada, continua, sem desfalecimento, levando ao povo, ao tugurio do pobre e ao palacio do rico indistinctamente, o esclarecimento necessário, a instrucção que o habilite a comprehendér e a aceitar e mesmo a solicitar o beneficio que se lhe offerece.

Mas, que essa campanha seja de todos os dias, sustentada sem interrupção e mantida com a mesma intensidade em todos os pontos do territorio, quaesquer que sejam as condições epi-

miologicas da doença, quer se ella ostente em expansões epidemicas ou se revele em casos esporadicos, quer seja de todo ausente.

Devemos deliberadamente reagir contra o vêso nosso antigo de multiplicar providencias, de esgotar todas as energias num desdobrar intensivo de actividade, nem sempre efficiente, sómente quando em face do inimigo, para logo após cahirmos na indifferença, na apathia, como que a gozarmos, em despreoccupada inactividade, o premio do esforço em que parece termos gasto e consumido toda a nossa capacidade de acção.

Desse trabalho proficuo acaba de dar exemplo o progressista e adeantado Estado de S. Paulo, cuja organisação sanitaria tem merecido os mais solícitos cuidados de seus administradores sabios e patriotas.

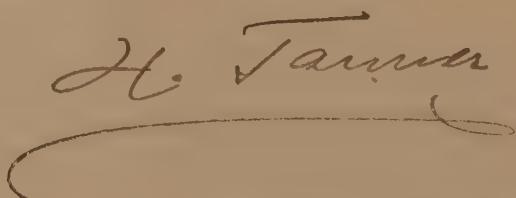
São do Sr. DR. ALTINO ARANTES, digno presidente do Estado de S. Paulo, em sua mensagem do anno passado, as seguintes confortadoras palavras:

“Por meio da vaccinação levada até os confins do Estado a variola foi varrida do seu territorio e a cifra das vaccinações praticadas pelos auxiliares do Serviço Sanitario, pelas municipalidades e pelos clinicos, com lympha fornecida pela Directoria, elevou-se á mais de 900.000 no trienio de 1913 a 1915.

A continuação desta campanha patriotica e humanitaria manterá a variola para sempre afastada das fronteiras do Estado, onde essa molestia fez mais de 2.000 victimas no decennio de 1905 a 1914.”

Mas, imposta pelos governantes ou reclamada pelo povo, o que nos cumpre é ter a lei benefica. *Oportet.*

Agindo *suaviter in modo*, a autoridade terá sempre em vista o objectivo pratico collimado, lembrando-se de que, “como disse ARISTOTELES, as leis não são boas porque bem se mandam, senão porque bem se guardam”. (4)



(4) Padre Antonio Vieira, Sermão II, da Visitação de Nossa Senhora a Santa Isabel, pregado na Bahia em 1640.

# HYGIENE INDUSTRIAL NO RIO DE JANEIRO

PELO

DR. ALBERTO DA CUNHA



## HYGIENE INDUSTRIAL NO RIO DE JANEIRO

Lançando mão do presente titulo ha de parecer a muitos que é nosso intuito descrever o que, nesse capitulo hygienico, possa existir nesta Capital. Aquelles que assim julgarem, entretanto, terão o desprazer de verificar, pelos periodos subsequentes, que assim não é, por uma razão fortissima — a inexistencia de legislação nesse sentido e o natural descuido decorrente de tal lacuna.

Com efeito, a não ser os traços largos, syntheticos, que o actual Regulamento Sanitario dedica a tão importante problema, nada mais encontramos de alcance pratico a esse respeito. Por conseguinte nesse terreno, quasi tudo ainda está para ser estudado.

Já é tempo de se procurar modificar esta situação de evidente atraço em materia de tanta relevancia. Todos sabemos como nos paizes mais adiantados os governos mantem em sevérica vigilancia os operarios que de forma tão positiva concorrem para o progresso e a fortuna das nações.

Na Inglaterra, na França, Belgica, Italia e muito especialmente na Allemanha a hygiene das fabricas é um dos assuntos mais cuidados pela administração publica. Perfeitamente regulamentado, nos seus mais profundos desdobramentos, existem para a applicação das innumerias determinações a esse respeito, Inspectorias de Hygiene Industrial, departamentos encarregados de zelar pela saude dos operarios, de observar e remover tudo o que de prejudicial possa existir em fabricas não só aos que nella trabalham, mas ainda aos que residem nas suas proximidades. O zelo do Estado vae a ponto de custear uma defeza das mais exigentes aos trabalhadores, a qual não se limita a promover-lhes o simples bem estar, mas até chega a impedir que organismos improprios se dediquem a serviços que exigam esforços maiores do que as suas energias possam dispenser.

O fim principal dessas organisações, leis e regulamentos é garantir a saude e consequentemente a vida dos operarios e dos vizinhos de fabricas e estabelecimentos congeneres, prevenindo-os contra os varios damnos decorrentes das diversas especialidades industriaes.

E' nesse sentido pois, que mais especialmente se dirige a attenção das autoridades, armadas dos necessarios recursos legaes para agir com toda a efficacia.

Necessariamente outros intuitos resultantes desse, affluem nos regulamentos industriaes taes como soccorros therapeuticos, pecuniarios e outros que se vão desenvolvendo accordes com a intensidade a que attingem os variados ramos fabris. Em quasi todos os paizes ha regulamentações perfeitamente applicaveis ás necessidades mais communs entre os que se dedicam á vida das fabricas, procurando amparal-os nas inumeras contingencias perigosas em que se podem encontrar, durante o trabalho e em consequencia delle.

Nesse ponto, forçoso é considerar-se muito avançada a Alemanha, a qual, notadamente, no capitulo mutualismo, assumiu uma situação de grande destaque. E' talvez o paiz onde as relações entre o Capital e o Trabalho se acham mais equilibradas, provavelmente em virtude do notavel progresso que ahi temido todas as industrias.

Por consequencia nesses paizes se cuida muito attenciosamente de tudo quanto se relaciona ao operario, com o fim muito pratico e altruistico de obter uma producção crescente e sempre melhor, sem exgottar a capacidade do trabalhador.

Entre nós, infelizmente, ainda tudo é nesse assumpto primitivo estando entregue a iniciativa particular o que com isso se relaciona. E' a razão por que não possuimos nada de semelhante ao que existe nos paizes citados o que só nos pôde prejudicar entravando o desenvolvimento da producção, além de ser deprimente o descaso da administração relativamente a questão de tão grande importancia.

Na verdade o Regulamento Sanitario dedica um artigo á hygiene das fabricas, officinas, etc. Entretanto, as atribuições que dá a autoridade sanitaria limitam-se a mandar que *indiquem* os melhoramentos a ser introduzidos nas mesmas, sem que os especi-

fique, minuciosamente, para cada caso, conforme é de inteira necessidade.

Com effeito da fórmula por que está redigido o citado artigo fica o inspector autorizado a agir conforme o seu arbitrio, num assumpto que, pela sua natureza complexa, lhe é muitas vezes pouco conhecido.

Por conseguinte é indispensavel que se legisle mais positivamente sobre esse ponto, pois além de insufficiente a que possuimos a respeito, pôde tornar-se perigosa em mãos menos habilis a manejal-a.

O Regulamento Sanitario só é taxativo com relação a producção de fumaça, de poeiras e gazes e sua consequente disseminação, ordenando a installação da apparelhagem propria para destruirl-os.

Ainda assim, elle é ambiguo porquanto determin asejam esses inconvenientes removidos quando prejudiquem os moradores visinhos ás fabricas, estabelecendo a proibição de viciamento da atmosphera urbana sem esclarecer se essa proibição se estende tambem ao ambiente das officinas.

Outro ponto em que não é sufficientemente claro é quando dispõe que "sendo *incommoda* uma certa industria aos visinhos" tenha a autoridade sanitaria de agir no sentido de attender reclamações que por ventura surjam. Ora, o *incommodo* é um phenomeno todo relativo e mesmo subjectivo. Não deveria, pois, figurar num regulamento, senão especificado em suas varias modalidades e não no significado generico do termo.

Quer nos parecer que elle está empregado no sentido de nocividade, unica accepção em que teria cabimento uma intervenção de autoridade sanitaria, porquanto sómente essa não é pessoal, visto que, em regra geral, a nocividade se estende a todos os organismos variando apenas de um para outro na intensidade da acção.

No mais, o *incommodo* é todo relativo, existindo consoante certos caracteristicos individuaes, impossiveis de serem attendidos quando se trata de cuidar do bem estar *geral*.

Do contrario a se applicar em toda a sua plenitude a letra do Regulamento, seríamos levados a verdadeiros absurdos de interpretação, sendo forçados a encampar todas as impertinencias que surgissem contra certas especies industriaes e promover a

remoção de *incommodos* embora não perfeitamente definidos. Geralmente, é agradável ao olfacto o perfume, entretanto sabemos perfeitamente que, muitas pessoas há para as quais essas odorosas emanações são verdadeiros agentes de irritação.

Se supuermos que nas imediações de uma fábrica de perfumarias vão residir certo número de indivíduos refractários aos cheiros mais ou menos activos, somos forçados a formular uma interrogação, quasi impossível de ser elucidada com o auxílio sómente do Regulamento.

E' a seguinte: verificada uma tal situação, chegadas as reclamações a autoridade competente, como deveria ella proceder — ordenar a mudança da fábrica ou dos vizinhos incomodados?

Da mesma fórmula todas as demais espécies de incomodos originados por mecanismos de natureza barulhentos, por exalações próprias a certos produtos empregados como matéria prima industrial, tais como o sebo nas fábricas de velas, tudo isso estaria a reclamar medidas coercitivas desde que se apresentassem pessoas allegando não poderem suportar tais incomodos.

E' certo que na prática, poderão não aparecer reclamações semelhantes mas é evidente que um regulamento não deve abrigar artigos capazes de suportar interpretações absurdas.

Propositalmente exemplificamos com as fábricas de perfumes attendendo a ser esse produto, agradável, pôde-se dizer, a quasi todas as pessoas.

Mesmo com relação a elle, no entanto, existem indivíduos predispostos a verdadeiras perturbações desde que lhes excitem o sentido olfativo. São os de sensibilidade exacerbada, os neurasthenicos, sem falar nos que, por estados patológicos, mais accentuados são incapazes de suportá-lo sem inconvenientes.

Como entender-se, pois, a noção do *incommodo*, conforme figura no Regulamento Sanitário?

Será o que prejudica a saúde, ou simplesmente o que produz mal estar? Diante desse regulamento pôde-se colligir que qualquer causa que afecte os sentidos irritando-os por uma ação persistente deve ser considerada incomoda. Com tal amplitude essa noção dilata-se, encerrando em seus limites as mais variadas apreciações. Tudo pôde ser incomodo desde o mais simples ruído até os mais apreciados sons.

Depende apenas das condições de sensibilidade individual, a graduação e classificação das impressões recebidas.

Ora, assim sendo, é impossível estabelecer-se e generalisar-se a noção do incommodo, por quanto é mutável de individuo a individuo, e na mesma pessoa até de dia a dia.

Com a repetição de uma mesma irritação o organismo ou adapta-se, e acaba tolerando-a sem a menor perturbação, ou reage, não se accommoda não mais a supportando. Vemos assim que pôde ser indiferente a uns o que para outros constitue um incommodo. E como julgar a sensibilidade alheia com o unico criterio da sensibilidade propria?

Para a autoridade sanitaria um determinado ruido, um assinalado cheiro, podem não lhe causar o minimo dissabor, enquanto actuam em outros de modo opposto.

E' impossível, pois, um juizo seguro e justo baseado apenas em tal apreciação, sujeita á condições personalíssimas. Só deve ser considerado incommodo o que de qualquer fórmula prejudicar a saúde.

Abolida a noção da nocividade a questão torna-se complicada fugindo dos dominios da hygiene para as dependencias da polícia.

Por ahi se vê como é necessaria uma regulamentação bem definida sobre assumpto de tal magnitude, que tratasse pormenoradamente todas as possíveis occurrences no tocante aos estabelecimentos industriaes, para não entregar o assumpto a criterios variaveis de autoridades capazes sempre de lacunas ou excessos, quando não bem orientadas.

Na ausencia pois de legislação completa sobre esta questão, temos, como resultado, a montagem imperfeita de quanta fabrica se installa entre nós, as quaes vão se accommodando em construções inadequadas, sem as indispensaveis condições de ar, luz e protecção especial, subordinadas, na sua urdilura, ao simples criterio do proprietario, o qual, por mais conheedor das necessidades da sua apparelhagem, sempre tem a attender, de preferencia, ao lado economico do caso.

E' a razão porque não encontramos sequer uma fabrica, em todo o Rio de Janeiro, capaz de apresentar, em sua installação, todos os requisitos da moderna hygiene industrial. Em todas, na questão da cubação, do arejamento, de illuminação, das ins-

tallações protectoras especiaes, dos apparelhos para o tratamento de aguas residuaes, emfim na longa série das necessidades hygienicas, encontramos lacunas que são certamente oriundas da falta de uma regulamentação especial.

Devido a esta situação precaria, os operarios naturalmente padecem, faltando-lhes os elementos indispensaveis para a garantia da sua saude.

Mais aggravado ainda esse mal se attendermos a que, na grande maioria das fabricas, trabalham e vivem, durante 10 e 12 horas creanças desde 9 annos de edade.

Justamente quando mais precisam de condições beneficas de meio, para o seu regular desenvolvimento, são abrigadas em ambientes de influencias perniciosas, que mais ainda lhes quebrantam as forças, já exauridas em funcções exigentes, muitas vezes, de uma energia que ainda não possuem. Geralmente mal vestidos, mal nutridos, vão esses infelizes seres caminho do trabalho forçado e as vezes excessivo, levados pelas rijas necessidades do desconforto e, muitas vezes, até pela ambição de paes inclementes que buscam auferir lucros maiores a custa do esforço dos filhos, pouco se lhes importando que elles se depauperem ou se inutilisem, desde que os proveitos lhes advenham em proporções avantajadas.

Em toda a parte os menores são aproveitados em diferentes industrias; mas tudo é perfeitamente regulamentado, não se lhes permittindo o exercicio de misteres, além das suas capacidades, as quaes são perfeitamente dosadas por autoridades competentes.

Entre nós, nada restringe a ação dos industriaes na exploração da energia operaria. O trabalho é regulado pela iniciativa de cada um delles, consoante as suas ambições de lucro.

Horas de trabalho, periodos de repouso, assistencia medica, protecção ao operario nas suas multiplas e diferentes modalidades; nada disso aqui é exigido por leis severas e indispensaveis. Fica, pois, ao arbitrio dos patrões o bem estar daquelles que lhe promovem a fortuna.

Da mesma fórmula como se cuida da hygiene escolar, felizmente tão bem encarada pelos nossos legisladores e administradores, igualmente a das officinas e fabricas deveria ser merecedora de attenções e carinhos.

A Prefeitura creou uma inspecção escolar, com um corpo de medicos distintos, cuja função é attender, em seus detalhes, o que mais de perto possa interessar os alumnos, no tocante ao seu bem estar e a garantia da saúde e regular desenvolvimento. Dest'arte, tudo nas escolas é cuidado e apreciado com requintes.

Os bancos e as mezas são calculados de forma a que os meninos não fiquem forçados a attitudes incommosas. O arejamento, a cubação, a illuminação e o mais que a hygiene prescreve e exige nesse dominio, é pressurosamente attendido, em todas as suas minucias.

Trata-se ahi de futuros doutores e bachareis que precisam ser acariciados e defendidos nesta terra onde, sem elles, nada se resolve. Agora, para os infelizes que labutam, sem tréguas, no alcance do pão quotidiano, a protecção legal é escassa e fúgida.

No emtanto, tambem a esses o Estado deveria amparar, por quanto, desde cedo, se lhes exige um esforço muito maior que o daquelles, com resultados mais positivos. Por conseguinte, o meio onde desenvolvem as suas actividades, precisa ser, o mais possível, propicio aos seus organismos, fornecendo-lhes os elementos indispensaveis á manutenção das suas energias, continuamente despendidas.

O mesmo que para as escolas, em materia de hygiene, podia-se applicar ás fabricas. Infelizmente, entre nós, como já dissemos, não são estabelecidas regras de conforto, nem as que dizem respeito a outras multiplas questões de hygiene das habitações. As condições de arejamento, illuminação, cubação, etc. não são convenientemente attendidas, com os cuidados que o nosso clima requer.

Assim sendo, os operarios não encontram na atmosphera que os circumda, os elementos purificadores capazes de garantir-lhes o pleno exercicio da sua função respiratoria.

Em pouco tempo esses ambientes, tornam-se viciados, pelo exagerado numero de individuos que nelles exercem as trocas respiratorias; augmentam-lhes a rarefacção a insufficiencia de uma ventilação regular accrescida do accumulo de pó resultante do movimento continuo de pessoas em proficia actividade, e da propria natureza dos trabalhos fabris.

No verão, principalmente, a temperatura desses logares at-

tinge a gráus excessivos, prejudiciaes aos proprios interesses economicos das fabricas, pela depressão que produzem nas energias dos trabalhadores, que, desse modo, tem em muito aminuida a capacidade productora.

E' uma questão importante a da temperatura e da humidade. WOLPERT, REICHENBQCK e outros, estudaram experimentalmente a influencia do calor sobre o organismo dos operarios, determinando os gráus em que a humidade e a temperatura são menos prejudiciaes e, em consequencia disso, a actividade delles attinge a maxima intensidade.

Sentimos não poder desenvolver o assumpto, neste e n'outros detalhes interessantes. Convém, entretanto, salientar bem a nociva influencia que exercem as altas temperaturas e os elevados gráos de humidade, sobre os que trabalham debaixo da sua acção.

Muito especialmente entre nós, tal questão deve ser estudada attenciosamente, em razão mesmo das condições do nosso clima, no qual a tendencia da temperatura é sempre para a elevação, pois, quasi não sentimos os effeitos hibernaes.

O calor humido excessivo, quebranta as energias, conduzindo os organismos, rapidamente, á fadiga. Aquelles que estão sujeitos á sua continua influencia embora não soffram, immediatamente, os seus effeitos, dentro de algum tempo, sentem-se exgotados, tornando-se impossibilitados de continuar n'um trabalho dependente de esforços, outr'ora facilmente dispendidos.

Para resumir, urge que nas nossas fabricas á ventilação seja abundante, e, como não é possivel isso, com os processos naturaes de arejamento, em virtude de periodos longos de calmaria, torna-se conveniente a installação nas grandes fabricas de machinismos proprios a produzil-a artificialmente. Por esse systema além do fornecimento sufficiente de ar puro, obtemos o indispensavel refrescamento da atmosphera.

Principalmente nas fabricas em que, pela natureza das industrias exploradas, os operarios são obrigados a lidar com altos calores, como por exemplo as fundições, nessas então torna-se imprescindivel o emprego da ventilação mechanica.

Quanto a importancia da cubação, inteiramente descuidada nas nossas fabricas, não é possivel mais por-se em duvida, depois das innumerias experiencias demonstrativas das vantagens de

uma atmosphera sem excesso de gaz carbonico e livre de outros elementos causadores da viciação do ar.

Na Inglaterra, depois de medidas estabelecendo as proporções maximas toleraveis do gaz carbonico nos ambientes de trabalho collectivo, WILLIAMS, Inspector das Fabricas de Manchester, verificou que, esta determinação produziu taes resultados que os casos de molestias entre os operarios diminuiram sensivelmente, assim como augmentou-lhes a capacidade de trabalho de modo que as despezas accarretadas pela montagem da ventilação artificial ficaram perfeitamente cobertas pela elevação dos lucros resultantes da superioridade dos productos fabricados pelos operarios, em melhores condições physiologicas. Equal desleixo impera no que concerne as poeiras.

Como sabemos, elles constituem uma das causas mais comuns de insalubridade nas industrias, quer sejam produzidas pela propria natureza do trabalho, quer resultante do movimento continuado de homens e de machinas.

Os prejuizos causados pelas poeiras estão subordinados ás suas propriedades physicas, chimicas e biologicas. Assim as particulas de pó, de origem metallica, são as mais temiveis pela sua natural resistencia e pela multiplicidade de aspectos das suas superficies.

Além dessas, outras exercem a sua nocividade aproveitadas como vehiculos de toda a sorte de micro-organismos. Naturalmente, essas devem ser as que prejudicam, em maior escala, pela sua ampla disseminação.

Outras mais, agem pelas suas propriedades chimicas, causando males locaes ou determinando intoxicações caracteristicas. Por essa multiplicidade de poeiras, avalia-se a série de affeções que nellas encontram a sua origem; são em geral, todas mais ou menos estudadas e já, devidamente, classificadas em medicina.

Estudos especiaes sobre o mecanismo de accão das poeiras, têm sido feitos. RECKNAGEL demonstrou que, a quantidade de poeiras aspirada, depende da velocidade do ar, no acto da inspiração, estando essa velocidade em relação com a frequencia dos actos respiratorios. Assim, concluiu quanto maiores são os esforços empregados pelos operarios, n'um ambiente empoeirado, tanto maior será a quantidade total de pó aspirado.

As poeiras penetram a cavidade buccal, nasal, invadindo o canal alimentar ou respiratorio.

A nocividade das particulas pulverulentas sobre os orgãos respiratorios, é função das suas propriedades physicas e mechanicas, da sua quantidade e da penetração a que attingem no canal respectivo, porquanto a mucosa deste offerece menor defesa nas suas ramificações profundas.

Entre as poeiras de origem vegetal, resultante das materias primas, trabalhadas industrialmente, sobresahem as derivadas das fibras textis, pelo maior numero de fabricas nesse genero e pela multiplicidade dos productos a elles filiados. Entre nós, então industria que maior desenvolvimento tem obtido, merecendo, por isso, que as attenções se voltem para os que a elles se dedicam, no sentido de attenuar os males a que estão sujeitos, é a dos tecidos de algodão.

Nas operações por que passa, na sua preparação, o algodão bruto perde cerca de 17 % do seu peso e as poeiras delle procedentes, contêm fragmentos de substancias varias a elle aggre-gados.

E' patente, pois, a nocividade da absorção dessas poeiras donde a necessidade absoluta de se procurar, o mais possivel, restringir a sua producção e impedir a disseminação, por meio de apparelhos, ha muito consagrados pelo uso, nos paizes adiantados e inexistentes nos nossos defeiturosos estabelecimentos fabris.

Para se aquilatar a incommensuravel quantidade de poeiras arrancadas, principalmente do algodão, não é preciso mais que uma simples observação visual da massa de operarios, a sahida das fabricas, depois de algumas horas de trabalho. As vestes e os cabellos tornam-se cobertos de uma camada espessa de pó, que lhes fica adherente, facil sendo comprehender-se a enorme quota que do mesmo, principalmente aos seus pulmões, coube absorver.

Esta mesma observação pôde ser extensiva a outros ramos de industrias, em algumas das quaes as poeiras são de origem mineral, mais perigosas ainda que as do algodão, pela acção irritante que exercem, localmente, e pelas intoxicações geraes que podem produzir.

A essas, se reunem outras, de naturezas diversas, nocivas igualmente, não só pelas suas qualidades intrinsecas, como pela sua utilisação como vehiculo por germens de varias especies.

A prophylaxia das poeiras, pois, é indiscutivel necessidade.

Tão ou mais nefasta é a acção dos gazes e vapores por exercerem sobre os organismos effeitos mais energicos e immediatos.

Como as poeiras, uns exercem uma accão local, outros tem uma influencia toxica geral, participando muitos das duas qualidades.

Outros elementos maleficos, são os desprendimentos de odores activos, de procedencias varias, toleraveis alguns, outros nauseantes e fetidos, derivados da decomposiçao de substancias animaes e vegetaes e de outras fontes, actuando todos de uma forma, geralmente, nociva sobre os operarios e a vizinhança.

Tambem com relação a defeza contra esses agentes de corrupção, nada ha feito, entre nós. Vivem assim, horas, os operarios mergulhados em atmospheres envenenadas por varias emanacões toxicas, que lhes vão diminuindo as energias, inexoravelmente.

Sendo já elevado, nesta cidade, o numero de fabricas que, pela natureza das industrias que exploram, tornam-se centros de producção de gazes nocivos, sobresahindo entre elles as que trabalham com o fumo, cuja accão, toxica e irritante, é geralmente conhecida, conviria, quanto antes, organizar-se a defesa contra as suas consequencias perniciosas.

E' como resultado dessa série enorme de desacertos em tal materia, que os nossos operarios são, geralmente debéis, macilentes, enfraquecidos e sujeitos a toda sorte de affecções, quando, em outros paizes, vemolos, em regra robustos e fortes, typos verdadeiramente sadios.

E' que são alvos de especiaes cuidados nos pontos de trabalho como nas proprias habitações, alimentados e descansados convenientemente, enquanto os nossos, vivendo em um ambiente improprio nas officinas, não tem, para compensar o esforço dispendido, o descanso n'uma habitação confortavel e hygienica mas, ao contrario, na sua generalidade moram accumulados em casas de commodos superlotadas. D'ahi, estarem expostos ás mais devastadoras affecções, por não poderem manter uma resis-

tencia efficaz ás diversas especies morbidas, de que estão continuamente ameaçados. E' essa, certamente, a causa principal por que a tuberculose campeia infrene nos seus arraiaes, onde encontra elemento propicio á sua accommodação e consequente desenvolvimento.

O contingente que á tuberculose offerece essa grande classe é dos maiores.

Lamentamos não poder aproveitar esta oportunidade para desenvolver este assumpto nas suas inumeras faces, porquanto seria alongar, demasiadamente, este trabalho.

Para finalisar, devemos dizer que a exemplo dos paizes que nos precederam no caminho do progresso, precisamos de uma legislacão capaz de attender as varias questões que se prendem a tão importante problema, tendo em vista as condições especiaes do nosso meio social e climatologico.

Devem essas leis abranger tudo o que se refere á protecção do operario regulando tambem as condições de defesa dos habitantes circumvisinhos a estabelecimentos fabris.

Em summa, é necessario sejam nellas tratadas todas as questões que dizem respeito á hygiene industrial moderna, adaptada aos paizes quentes:—manutenção de uma temperatura determinada, correcção da humidade relativa, prophylaxia das poeiras e dos gazes, com clausulas especiaes e desenvolvidas, exigindo a applicação de toda a apparelhagem necessaria á sua consecução, protecção mechanica ao operario em todas as suas modalidades, prescripções rigorosas com relação as horas de trabalho, indicações precisas sobre os individuos que não podem ser empregados em determinados mistéres, disposições prolixas no tocante as construcções de estabelecimentos fabris, tendo em vista tudo que lhe é correlato — illuminação, ventilação, cubaçao, installações sanitarias pavimentação, etc. — posturas especiaes sobre o tratamento das aguas residuaes, em fabricas de certos produtos, emfim, incluindo todos os demais detalhes affectos a este importantissimo capitulo da hygiene.

Convém insistir na denuncia da nossa falta de todos esses indispensaveis requisitos, que collocam o nosso paiz em posição constrangida, perante outros menos populosos e menos industriaes mesmos, porém, mais disciplinados e attenciosos na sua organisação social.

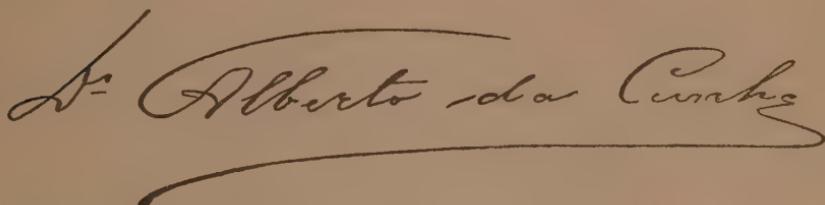
A exemplo do que se observa nos centros mais adiantados, cumpre-nos possuir um departamento com a missão de cuidar de tudo que tenha relação com a vida do operario.

Esta criação, naturalmente affecta á Saude Publica ou á Prefeitura, superintenderia todo o serviço sanitario industrial, fazendo executar a regulamentação a respeito.

Embóra não seja facil, presentemente, conseguir a organisação que lembramos, é comtudo indispensavel que se promova, desde já, uma melhora na situação deprimente em que nos encontramos, para salvaguardar os interesses vitaes da grande parte da nossa população, entregue a faina agitada e productiva dos estabelecimentos industriaes.

Ha dois annos, o Dr. Carlos Seidl, illustre Director da Saúde Publica, pretendeu alterar o Regulamento Sanitario, ampliando-o e desenvolvendo-o em alguns dos seus lacunosos capítulos, como esse da hygiene industrial.

Infelizmente, esses esforços não conseguiram attingir os seus elevados intuitos. Esperemos, comtudo, que, em breve, elles se renovem com melhor exito, para o bom nome de nosso paiz.

A handwritten signature in cursive script, likely ink, on a light-colored background. The signature reads "Alberto da Cunha" and is enclosed within a decorative, symmetrical flourish. The signature is fluid and expressive, with varying line thicknesses.



**CHIMICA E THERAPEUTICA**



# **SOBRE A CATALYSE EM BIOLOGIA**

**PELO**

**PROF. N. BITTENCOURT**



## DUAS PALAVRAS SOBRE A CATALYSE EM BIOLOGIA

Foi pelo anno de 1836 que, procurando explicar factos assinalados por KIRCHOFF, THÉNARD, DOBEREINER e outros, o sabio chimico sueco, João JACQUES BERZELIUS, introduziu em sciencia o vocabulo *catalyse* para interpretar aquellas reacções em que certos corpos permaneciam intactos e se apresentavam no término dos trabalhos chimicos sem alterar a sua molécula.

Bem depressa, physicos e chimicos abandonaram a noção de catálise, uns silenciando sobre o assumpto, outros, a mèdo, referindo-se, só de passagem, á noção physico-chimica da força catalytica.

Em bôa hora W. OSTWALD e mais tarde G. VOKER, de novo retomando a questão sobre novos dados tirados das noções mais modernas sobre energia, iniciaram uma nova éra scientifica e a noção de catálise domina hoje todo o edificio da chimica biologica moderna.

“Conhecem-se, diz OSTWALD, tres meios de agir sobre a rapidez de uma reação: a temperatura, a concentração dos corpos reagentes e a catálise.” Destes tres meios, os dois primeiros não são encontrados nos organismos superiores, o terceiro porém, a catalise positiva ou negativa, representa para o organismo a solução ideal do problema chimico, pois na cellula encontramos diastases varias, agentes dos phenomenos vitaes que nella se passam.

Para OSTWALD o catalysador é um corpo que modifica a velocidade de uma reação chimica, sem aparecer nos produtos resultantes desta reação.

Admittia ainda, como BERZELIUS, que o papel do catalysador é apenas activar a reação que se processaria expontaneamente. Sujeito á critica rigorosa este modo de observar os factos, se viu não ser a expressão da verdade, pois certos phenomenos

nos physico-chimicos ficavam sem uma explicação satisfactoria.

Em 1908, SOLVAY crêa a noção do thermo-catalysador sobre cuja acção é possivel se obterem certas reações em temperatura relativamente baixa que, na ausencia delle, só se processariam em elevada temperatura. Ficou assim de um modo claro a razão de ser das oxydações que se passam nos organismos vivos, isto é, em meio humido, em baixa temperatura, graças á acção catalysadora da agua e de outros catalysadores organicos que presidem aos pheuomenos vitaes. Papel importante representa, pois, a agua constituída pelos seus dois ions H e OH, nos phenomenos physico-chimicos que constituem as manifestações vitaes.

Dadas as mais diversas explicações para o phenomeno da catalyse, a que maior numero de adeptos tem reunido é a theoria energetica, de modo a se considerar o catalysador cedendo a energia necessaria para iniciar a reação e rehavendo-a depois desta terminada.

A synthética função chlorophylliana, tão importante na evolução da materia, tem preoocupado, de ha muito, os espiritos dos biologistas. A dissociação da molécula anhydro carbonica foi explicada por BAYER pela sua theoria aldehydica.

Confirmada por LOEW, BOKORNY, tem encontrado grande numero de adversarios. Tudo se reduz na hora actual a um phenomeno physico de catalyse e á formação das correntes photo-chlophylianás de WALLER.

A acção das diferentes diastases entrou francamente no domínio dos phenomenos catalyticos.

São as diastases os agentes do trabalho de nutrição interior da cellula e é graças á especificidade destes colloides, operando em meios acidos ou alcalinos, que se pôde explicar o poder elektivo do plasma.

Ainda mais, os trabalhos do OVERTON nos indicam caminho novo quanto á permeabilidade dos tecidos vivos. A presença de corpos de natureza lipoide, existentes na membrana cellular, impéde ou facilita a penetração de certos corpos. Si bem que os phenomenos vitaes não tenham ainda uma explicação de modo a não deixar duvidas no espirito dos biologistas, esclarecendo os mysterios da vida, comtudo a nôva

sciencia physico-chimica poderá, em tempo não muito remoto fornecer dados mais seguros sobre a complexidade dos phenomenos physico-chimicos específicos.

Papel importante representa a *hemase*, catalase existente no sangue, na troca de gases entre os varios tecidos e o sangue, e é sómente pela sua presença que se pode explicar, de modo satisfactorio, o exercicio desses actos physico-chimicos, attenta a rapidez da corrente sanguinea nos capillares.

O phenomeno dito phagocytario exercido pelos leucocytos é função das diastases proteolyticas de que elles são riquissimos.

A destruição do acido urico nos animaes, é operada por uma diastase a *Uricase* isolada por SCHITTENHELM em extractos do rim. Já CHASSEVANT, RICHET, STOCKVIS e outros tinham observado esta destruição.

O poder da *diastase uricolytica* é variavel, conforme o organismo que a fornece, e ainda mais, segundo a especie é carnívora ou herbívora. Ainda mais o acido urico é formado no organismo, segundo a observação de W. JONES, pela acção de duas diastases, exercendo sua acção sobre as bases puricas livres ou inclusas nas nucleoproteides. As nucleoproteides são desdobradas em meio levemente acido em bases puricas sob a acção catalysadora da *nuclease*.

Já notado por CLAUDE BERNARD que a glycose desapparece lentamente do sangue fóra dos vasos, esse facto foi explicado por LEPINE e BARRAL, como sendo devido á acção catalysadora da *diastase glycolytica*; BATTLEI e STERN procuraram explicar a destruição da glycose pela presença de oxydases, especialmente a *alcoolase*.

Se attentarmos ainda, que a função digestiva tão complexa, é exercida por uma serie de catalysadores auxiliados pelos *co-diestases* que, no dizer de BERTRAND, são indispensaveis para o bom andamento das reacções biologicas, e com a presença de *substancias favorecedoras, específicas*, veremos, que o assumpto deve merecer uma attenção cuidadosa e crescente por parte dos biologists.

O papel biológico dos saes mineraes, se bem que ainda não perfeitamente estudado, começa a ser desvendado de modo a

permittir conclusões de algum valor, e assentar doutrinas que a prática sem duvida virá confirmar.

A importancia deste estudo se evidencia pois, e a energia chimica ou em estado potencial existente nos mineraes, não pôde ser perdida durante o seu percurso pelos organismos, ella se deve evidenciar de um modo util, em se tratando de determinados corpos simples e compostos.

Observa-se que os animaes tem extraordinario prazer na ingestão do chlorureto de sodio, e os herbivoros procuram-no com tal avidez só comparavel com o que se passa no exercicio do instinto sexual. (1)

O homem civilisado addiciona o sal á sua alimentação quotidianamente, não só para a actividade chimica do seu organismo, como por uma excitação sensorial, e os selvagens não escapam á esse tributo de ajuntar substancias mineraes aos seus alimentos. (2)

A necessidade que os herbivoros teem de refazer o titulo salino é explicado por BUNGE na reacção chimica que se passa entre o carbonato de potassio, existente no sangue oriundo da alimentação vegetariana, e o chlorureto de sodio, dando em resultado a formação de dois saes, o chlorureto de potassio e o carbonato de sodio, que são eliminados por via renal. Diminuindo assim o titulo normal do sal sodico, gera a necessidade de ingeril-o ainda que seja com os maiores sacrificios e perigos por parte dos animaes herbivoros.

Dada a nova orientação scientifica, conhecida a theoria dos coloides sabe-se hoje que as substancias mineraes são indispensaveis ao exercicio das funções vitaes.

A physico-chimica dos phenomenos biologicos nos dá conta do papel que os saes mineraes representam ou em natureza ou pelos seus ions, como reguladores da pressão osmotica. E' o

(1) Nos barreiros os herbivoros selvagens, procuram com avidéz o sal gemma, ainda mesmo á custa da propria vida, visto ser o logar preferido para a caça pelos predadores das floréstas.

Nos barreiros do Jaurú em Matto Grosso, são encontradas as onças em busca das suas victimas.

(2) Indios das terras da Rondonia preparam "um grande bôlo frito azedo, que não seria desagradavel, si não tivesse tanta cinza... — Rondonia. Prof. Roquette Pinto (1917).

Habitantes da região congoleza, que vivem da agricultura, salgam os seus alimentos com cinzas de vegetaes. — Lapicque — E. Abderhalden.

sal marinho em proporções convenientes que exerce função preponderante.

O mecanismo com que o sangue defende a sua tensão osmotica, é explicado pela acção dos agentes reguladores como sejam as secreções de tensão osmotica diferente da do sangue.

Os saes de calcio, são considerados por HAHMARSTEN como substancias necessarias na formação da *thrombina*, agindo sobre a *prothrombina*, durante a coagulação do sangue.

Os alcalis fixos, que os alimentos fornecem, auxiliados pela ammonia, alcali volatil, que nos vem da carne ingerida, têm uma importante função de defesa contra a acção deleteria dos acidos formados nos organismos vivos, reforçando assim a alcalinidade do conteúdo das cellulas.

Dada a noção de que os tecidos são de natureza colloide, e sobretudo sabida a acção que os saes exercem *in vitro* sobre estes, devemos considerar que as acções devem ser da mesma natureza e então um novo e vasto campo se vae descortinando aos olhos do biologista e no futuro teremos sem duvida uma noção completa sobre essas acções *in vivo*.

O mecanismo da acção dos catalysadores mineraes em biologia, é, pois, ainda um assumpto delicado e controverso, haja vista o que se passa com a acção dos metaes colloidaes.

Muito ha feito, mas ainda muito ha a fazer nesse districto dos conhecimentos humanos.

Sabemos que todos os tecidos do organismo possuem secreção interna, produzem substancias de natureza colloide, e realisam entre si uma verdadeira symbiose, cujo mecanismo é ainda ignorado.

No que respeita ao estudo dos catalysadores negativos novos horizontes se irão descortinar e a clinica e a therapeutica, talvez, poderão colher ensinamentos do mais alto valor.

*N. Bittencourt.*



# **INTRODUCÃO ELECTROLYTICA DE MEDICAMENTOS**

**PELO**

**DR. J. DE TOLEDO DODSWORTH**



## INTRODUCÇÃO ELECTROLYTICA DE MEDICAMENTOS

Methodo therapeutico antigo si lhe contarmos os dias desde a sua primeira applicação empirica, moderno si considerarmos que só depois de 1895 começou a ser comprehendido e applicado sob os rigores da sciencia, a introducção electrolytica de medicamentos tem passado por varias denominações ao sabor dos physicos, dos chimicos e dos therapeutas. Chamaram-n'a *cataphorése*, *iontotherapia*, *diffusão anodal* que absolutamente não convêm, por não exprimirem em toda a sua latitudine a serie de phenomenos que decorrem.

O termo *cataphorése* empregado só com o valor etymologico, não seria desprovido de significação quando designasse os cationtes, mas obrigaría o emprego do vocabulo *anaphorése* como indicativo da marcha dos iontes para o polo positivo. Releva mais notar que, em physica, *cataphorése* é definido como o transporte de moleculas chimicas, no sentido da corrente, sem decomposição, e que a sua existencia ainda é posta em duvida por alguns, dentro os quaes LEDUC, e negada por outros, como LABATUT.

*Iontotherapia* ou *therapeutica dos iontes* não implica no seu sentido a maneira de fazer penetrar o medicamento no organismo. Administrando a um individuo qualquer poção diluida, fazemos *iontotherapia* porque, theoricamente, ella contém iontes. A simples passagem de uma corrente electrica através do organismo determina o deslocamento dos iontes nos seus sentidos proprios, fazendo-se assim, involuntaria e inconscientemente, *iontotherapia*.

*Diffusão anodal* sendo uma denominação parcial, graves inconvenientes offerece á generalisação. Resta-nos registar tambem o termo de *ionto-electrisação* proposto por SARAZIN em

1912, que tem seus adeptos. Sendo o mais moderno embora, talvez não seja o melhor.

BRISSAUD, exhibindo uma carta de PIVATI, jurisconsulto de Veneza, datada de 1745, provou caber a este a indiscutivel prioridade na introducção diadermica de medicamentos pela corrente electrica. Logo após ha estudos da BIANCHI, de Turim, e do abade NOLLET que não pôde confirmar os dados anteriores, provavelmente por ter lançado mão da electricidade estatica. ROSSI e FALRÉ PALAPRAT em 1833, este ultimo considerado por LEWIS JONES como o verdadeiro iniciador do methodo, por meio da electricidade introduziram o iodo e tiraram disto provas pelo gosto caractristico percebido pelos pacientes. Em 1859 BENJAMIN RICHARDSON, na Inglaterra, estudou a acção do aconito e da morphina como productores de anesthesia local, denominando "*narcotismo voltaico*". Em 1870 BRUNS encontrou o iodo na urina do individuo no qual tinha sido electricamente introduzido.

Em 1873 MUNK conseguiu provocar convulsões e matar um coelho, empregando electrodios embebidos em uma solução de estrychnina e fazendo passar correntes alternativas. Esta experienzia concludente, mas viciada, foi mais tarde rectificada por LEDUC que a tornou então irrefutavel. Pouco e pouco se foi o methodo afastando do empirismo, graças a trabalhos de muitos, como LAURET, SOBIERNOSKI, HUGUET e de DAVY, chimico inglez, que mostrou a decomposição electrolytica das dissoluções salinas e a apparição dos elementos dissociados ao nível dos electrodios. LEWANDOWSKI tratou tumores ganglionares pelo iodeto de potassio, reconhecendo o iodo na urina. ERB, BACCALARI e MANZIERI demonstraram, pela analyse chimica e pelos effeitos toxicos produzidos, que varias substancias tinham sido assimiladas. EDISON, em 1890, affirmou a introducção do litio pela corrente continua.

Apezar da multiplicidade dos trabalhos e do tomo de alguns delles, em 1894 HAYEM ainda podia pôr em duvida a acção therapeutica dos medicamentos introduzidos no organismo, através da pelle, pela electricidade. No entanto, já eram do domínio scientifico a theoria de ARRHENIUS e as leis da electrolyse. LABATUT, esteiado n'ellas, já havia demonstrado por experienças rigorosas muitas vezes repetidas, que a introducção de

iontes medicamentosos no organismo era um facto real, que a theoria estava accorde com a pratica já nos effeitos physiologicos produzidos por algumas substancias, já pelos effeitos toxicos devidos a outras,<sup>1</sup> e que melhor prova residia nos successos therapeuticos verdadeiramente notaveis. Era preciso, porém, que surgisse LEDUC com as suas conferencias e publicações documentadas, quasi ininterruptas, de 1900 a 1907, para que fosse o methodo de uso corrente entre electrotherapeutas, que já então, confiantes, começaram a publicar interessantes observações, como as de LEWIS JONES, DELHERM, LAQUERRIERE, BERGONIÉ, BORDET, WULLYAMOZ, MARQUÉS, SLOAN, SCHATZKY, MORTON, ARGERSON, CICERA SALCE, DOUNAT, que constituem hoje o verdadeiro manancial scientifico onde se vão abastecer aquelles que se dedicam á especialidade.

Todavia, aceito como verdadeiro o facto da entrada atravez dos tecidos de certas substancias chimicas, restava afastar a hypothese de ser ella attribuivel á absorpção cutanea ou á diffusão, como contradictavam alguns, e pôr em destaque a acção da corrente electrica. As experiencias de LEDUC, hoje classicas e preciosas sob varios aspectos, pela sua clareza resistiram com galhardia ás objecções oppostas as de ENSCH, SCHATZKY e EHRMANN. LEDUC tomou dois coelhos convenientemente raspados nos flancos e intercalou-os em serie, collocando em cada um d'elles um electrodio embebido em una solução de chloreto de sodio e um outro com uma solução de sulfato de estrychnina. Os coelhos estavam dispostos de forma que o polo positivo foi ligado ao electrodio com estrychnina, de um d'elles, e o polo negativo ao electrodio do outro coelho embebido da mesma substancia. Fazendo passar uma corrente continua com a intensidade de cincuenta a cem milliamperes durante alguns poucos minutos, o coelho ligado ao pólo positivo não tardou em ter convulsões clonicas, depois tetanicas, logo seguidas de morte, ao passo que o outro coelho nada manifestava. Era sufficiente inverter o sentido da corrente, trocando os pólos, para que o segundo coelho sentisse os mesmos effeitos. Sendo a estrychnina um alcaloide, é um cathionte e dirige-se portanto para o pólo negativo, penetrando nos tecidos do coelho cujo electrodio positivo estava impregnado d'este toxico.

Em um lapso de tempo tão curto não se podia effectuar a

absorpção cutanea que, então, no caso, seria igual para os dois animaes, devendo ainda se ter em vista que as soluções eram aquosas.

Reforçando o exito obtido com a experienzia *in anima vili*, LEDUC e SANCHEZ prepararam um cathodio de permanganato de potassio e collocaram na face anterior do braço do segundo experimentador, sendo o anodio de chloreto de sodio applicado na face posterior do mesmo braço. Passando uma corrente de dez milliamperes durante trinta minutos, encontraram sob o cathodio grande numero de pontuações pardas devidas á penetração do ionte permanganico, que resistiram a constantes lavagens e ainda eram visiveis muitas semanas depois.

Ainda ha outra experienzia de LEDUC para comprovar o mesmo facto, ratificando os resultados anteriores, interessante por ser uma auto-experimentação. Collocou elle sobre o biceps brachial um anodio de chlorhydrato de morphina a dois por cento, e no dorso um cathodio de chloreto de sodio. Fez-se atravessar por uma corrente de vinte milliamperes e, ao cabo de quinze minutos, foi obrigado a interromper o circuito por se manifestarem com intensidade crescente phenomenos de intoxicação, como nauseas e vomitos. A experienzia de LEDUC-SANCHEZ mostrou tambem qual a via de penetração atravez da pelle que seguem os medicamentos submettidos á ação da corrente electrica. De facto, as pontuações pardas, duradouras e resistentes, marcavam os póros.

EHRMANN e outros se valeram tambem de iones corados, como o chromico e o azul de methyleno, chegando á mesma conclusão que o medicamento penetrava pelo orificio dos canaes glandulares da pelle, indo até uma profundidade variavel segundo varios factores, entre os quaes a intensidade da corrente e a duração da applicação.

A questão da profundidade de penetração dos iones medicamentosos não conseguiu ainda resultado decisivo, a ação therapeutica fazendo prever mais que o verificado nas experimentações. Depois das pesquisas pouco satisfactorias de ISCOVESCO e MATZA, ZIMMERN e LATEUX, TUFFIER e MAUTÉ concluiram que o ionte medicamentoso não chegava ao tecido cellular sub-cutaneo, attingindo sómente as camadas superficiaes do derma. Não são, porém, para desdenhar os resultados obtidos por HARET,

DANNE e JABOIN, com a introdução electrolytica de substancias radio-activas em um bezerro sacrificado vinte e quatro horas depois da experientia. Dosado o radium em cada camada, inclusive a pelle do lado opposto, verificou-se ter elle atravessado completamente o membro, espesso de nove centimetros, a despeito de só ter sido empregada a intensidade de vinte milliamperes durante meia hora. As deduções logicas d'este facto são que, pelo menos, o ionte radium tem grande poder de penetração, atravessando a rede vascular, — o que contraria uma experientia de SCHATZKY —, e perdendo muito pouco de seu peso. E' possivel que com os outros iontes o mesmo se passe, mas ainda nada existe de feito que permitta tirar illações geraes, concluindo por uma mesma e unica maneira de proceder para todos os iontes.

Passando agora ao estudo das propriedades therapeuticas de alguns dos iontes mais valiosos pela sua efficacia comprovada por um emprego constante, ver-se-á a vastidão do methodo e o campo sem limites das suas applicações.

#### IONTE CHLORO

E' voso antigo molhar os electrodios em uma solução de chloreto de sodio, afim de, diminuindo a resistencia organica, ganhar em intensidade da corrente. Com esta utilisação constante, embebendo indiferentemente o anodio ou o cathodio, ou mesmo, quasi sempre, os dois, passava o chloreto de sodio modestamente por ser innocuo, levando-se ao activo da acção exclusiva da corrente electrica o acervo de curas experimentadas. LEDUC delimitou as seáras, mostrando que si o chloreto de sodio era applicado no cathodio, determinava a entrada no organismo do ionte chloro, e este era detentor de virtudes therapeuticas dignas de aproveitamento, sendo a principal uma acção resolutiva intensa sobre tecidos fibrosos e cicatriciaes. D'ahi a sua feliz utilisação em numerosos casos de ankyloses articulares de origem rheumatica ou outra, cicatizes operatorias ou consecutivas a queimaduras graves, cheloides, escleroses peri-articulares, etc.

DAWSON TURNER, convencido da acção esclerolytica do ionte chloro, por tel-a constatado em muitos casos cirurgicos, se pro-

poz a tratar por este meio doentes de esclerose medullar considerados como incuráveis, com o intuito de fazer desaparecer o tecido fibroso que comprime os elementos nervosos e altera as suas funcções, não julgando tarefa impossível a regeneração do tecido nervoso destruído. As melhorias obtidas foram tão animadoras que o electrologista de Edimburgo lembra o combate ao desenvolvimento do tecido fibroso no fígado e nos rins, com a arma única do ionte chloro. Em otologia MALHERBE empregou-o com resultado no tratamento da esclerose da orelha média, de alternância com o ionte pilocarpina.

LEDUC preconisa o uso da introdução electrolytica do chloro nas pleurites dolorosas, pleurizes seccos com attrito, symphise pleural, e na escoliose cuja theoria fazendo-a tributaria da symphise pleural elle aventou e foi confirmada, quanto á etiologia e pathogenia, por DESFOSSES em 1906. Refere SARAZIN que mesmo o facto da grande profundidade das lesões não invalida as virtudes do agente empregado, trazendo, em apoio, o caso de uma ankylose da articulação coxo-femural decorrente de muito prolongada immobilização, na qual conseguiu com rapidez benefícios notáveis.

Dentre os casos em que puz á prova a ação principal do ionte chloro, ocorre-me o de uma senhora que, vítima da extensas e profundas queimaduras em uma das mãos, viu impedidos os seus movimentos pelas bridas cicatricias viciosas que então se formaram. Após algumas applicações os movimentos pouco a pouco foram sendo readquiridos, á medida que se iam amollecendo as cicatrizes. Tendo desejos porém, de restabelecer na sua plenitude a esthetica, bastante prejudicada, foi-se fazer operar no estrangeiro.

#### IONTE IODO

Tem efeitos análogos ao precedente o anionte iodo, geralmente obtido pela dissociação do iodeto de potassio.

Não obstante é de uso mais restrito devido á sua causticidade, podendo-se intercalar-o entre duas ou três applicações do ionte chloro, nos casos em que a lentidão dos resultados precisa ser corrigida para tornalos mais evidentes.

Tenho actualmente em tratamento uma doente com ankylose do joelho esquerdo e arthite secca do direito, aquella datando de uns dez annos, em quem, por absoluta impossibilidade de locomoção, iniciei o tratamento a domicilio com o ionte chloro.

Evidenciadas as melhoras pela cessação das dôres e facilidade relativa na marcha com auxilio de uma bengala, fil-a vir ao consultorio, — o que já se tornára exequivel —, e continuei o tratamento entremeiado com o ionte iodo, tornando-se agora a marcha menos difficultosa, e podendo ser dispensado o apoio mesmo para subir e descer escadas.

SLOAN lança mão do ionte iodo nas inflamações das trompas, dos ovarios, ou dos tecidos em geral, de carácter sub-agudo, quando não existe suppuração, tendo-o discernido na saliva vinte e cinco minutos após o inicio da applicação.

HERMANN foi o primeiro a com elle tratar o bocio, RAOUL BLONDEL as adenites, BRILLOUET as ankyloses em via de formação, BAILEY as escleroses articulares e as cicatrizes, LUZENBERGER a adipose localizada. E' tambem usado em ophtalmologia e otologia segundo as technicas de WIRTZ e ARISTIDE MALHERBE. Muito recentemente BOURGUIGNON e CHIRAY offereceram as seguintes conclusões ao emprego da dissociação electrolytica do iodeto de potassio como meio therapeutico para o afrouxamento das cicatrizes adherentes: 1º a dissociação electrolytica do iodeto de potassio modifica profundamente as cicatrizes adherentes; 2º age em virtude de accão peculiar ao ionte iodo, que não têm em igual grão os outros cathiontes da agua; 3º a libertação da cicatriz pela dissociação electrolytica do iodeto de potassio, dá ensejo á reconstituição rapida de musculos e nervos e, talvez tambem, a dos vasos compromettidos na adherencia.

#### IONTE SALICYLICO

Apenas a sua enunciação faz vir á mente a idéa do tratamento do rheumatismo contra o qual são os salicylatos prescritos interna e externamente. Depois das observações de BERCONIÉ, pode-se dizer que não houve electrotherapeuta que não enfrentasse qualquer das manifestações rheumaticas com o poder do anionte salicylico, tendo a prévia certeza da victoria.

São innumeras as observações a este respeito, sendo os resultados qualificados de surprehendentes e miraculosos. Já, entre nós, o Dr. JOSÉ CARLOS FERREIRA PIRES se ocupou do assumpto, tendo apresentado ao 7º Congresso de Medicina e Cirurgia uma meticulosa monographia. Não obstante, a acção quasi especifica do ionte salicylico é contra a dôr. Beneficiaram das suas propriedades anodynás nevrites do grande nervo occipital, do femuro-cutaneo, do plexo brachial, sciáticas, cephaléas, tratadas, entre outros, por LEWIS JONES, MORTON, MILLER, PEYRON e WULLYAMOZ.

Pela sua rebeldia a qualquer tratamento destacam-se a nevralgia facial em geral, e, em particular, o tic doloroso da face. São de grande curiosidade as observações de LEDUC concernentes a muitas d'estas affecções radicalmente curadas pela introdução electrolytica do ionte salicylico, mesmo em casos que, pela duração e inefficacia das medicações anteriores, pareciam relegados ao ról dos incuráveis. Entre ellas, ha a seguinte: um doente soffria ha nove annos de crises de nevralgia periodicas do trigemo direito, tendo o maximo da intensidade na zona do ramo supra-orbitario. Nove annos, de nove em nove dias, vinham as crises tão intensas que, durante quarenta e oito horas, ficava o paciente prostrado na cama, sem se alimentar nem dormir; succedia uma attenuação da dôr, continuando ainda o doente incapaz de qualquer ocupação durante alguns dias. Feita a secção do nervo supra-orbitario, só uma crise diminuiu de intensidade; sua elongação, praticada mais tarde, não trouxe alteração alguma para melhor. Foram ainda experimentados varios tratamentos, depois dos quaes começoñ LEDUC a introdução do ionte salicylico. As crises se attenuaram imediatamente ao ponto de permittir ao doente, sem interrupções, seguir o tratamento. Em vinte applicações as melhoras eram tão accentuadas que o doente volvem ao lar, tendo-se tornado tão ligeiras as crises que não mais prejudicavam a sua actividade. Alguns mezes depois, mais seis applicações e a cura foi radical.

Depois do exposto n'esta observação, nada mais natural que as curas de lumbagos obtidas. LUZENBERGER applicou com resultados satisfactorios o ionte salicylico na doença de DERCUM. Assignalou LEDUC uma sua propriedade especial na cura dos ferimentos dolorosos inflammados, agindo contra a dôr, a inflam-

mação e, em profundidade, effectuando uma esterilisação que não podia ser obtida no mesmo grão só pela simples applicação na superficie.

Ainda no tic doloroso, quando ha espasmos, é o ionte salicylico associado ao bromo para applicalos.

O ionte quinina é senhor dos mesmos predicados do salicylico, no tocante á dôr. Sendo de grande actividade, é de manejo pouco facil pela sua intolerancia e difficil penetração.

#### IONTE HYPOSULFUROSO

Tão restricto é na therapeutica o papel do hyposulfito de sodio que nada fazia prever d'elle se haviam de servir para a obtenção do ionte hyposulfuroso. ARGENSON e BORDET com larga practica d'este agente, concluem pela sua acção analgesica que se evidencia mesmo nos poucos casos de insuccesso do ionte salicylico.

Com elle fizeram reabsorver empastamentos periarticulares e hydrathroses, verificando tambem o seu poder trophico quando existe frouxidão dos ligamentos ou atrophia muscular, e o seu effeito excitante local. J. LABORDERIE não poupa louvores á introducção electrolytica do ionte hyposulfuroso no tratamento da sciatica, pondo-o em confronto com o ionte salicylico, na sua opinião, mais lento e menos energico.

#### IONTE ZINCO

Possue propriedades destrutivas, coagulantes da materia albuminoide, antisепticas e excitantes.

Ainda aqui, como em quasi todos os iontes, os estudos definitivos, servindo de ponto de partida para as applicações clinicas, são obra de LEDUC. A elle se deve a primeira nota sobre o tratamento dos epitheliomas, apresentada em 1903 ao Congresso de Angers. Tratava-se de um epithelioma da aza do nariz, datando de cinco annos, cuja cicatrização completa foi conseguida em pouco mais de quinze dias. Seguiram-se outras curas da mesma affecção, destacando-se as obtidas por LEWIS JONES, DAVID ARTHUR, TAYLOR e CICERA SALSE.

O epithelioma, tratado pelo ionte zinco, transforma-se em ulceração simples, com tendencia á cicatrização.

D'esta utilisação particular, em marcha natural, passou o ionte zinco para o campo das ulceras e ulcerações, onde tambem conseguiu optimos resultados registrados em: ulcerações chronicas da perna, fissura anal (DOYLE, FIUZI); ulcerações buccaeas, nasaes e rectaes, colite mucosa, *decubitus acutus* (LEWIS JONES, WALLIS, BRUCE, CURTIS WEBB); *ulcus rodens* (G. LITTLE). Resultados identicos observaram MARQUÉS e PAPRON em trajectos fistulosos consecutivos á osteoperiostite do maxillar inferior e CARÉ nas fistulas anaes cegas, não tendo trajectos secundarios nem fócos purulentos profundos de difficil escoamento.

BETTON MASSEY, cirurgião de Philadelphia e auctor da "Ionic Surgery in Cancer", ha longo tempo utilisa os iones zinco e mercurio no tratamento dos tumores malignos, seja qual fôr a sua localisação. São verdadeiras intervenções cirurgicas praticadas sob anesthesia, com um arsenal de agulhas de forma e dimensões variaveis, e attingindo a intensidade enorme de mil e oitocentos milliamperes em applicação monopolar.

Comparado este methodo com a excisão, encontra o seu auctor multiplas vantagens, entre as quaes a destruição *in situ* das cellulas ou germens cancerosos, não se processando hemorrhagias nem havendo possibilidade de reinfeção, a cicatrização se operando por granulação de sete a vinte e um dias, a data da operação, sendo a eschara esteril e inodora.

As propriedades therapeuticas do ionte zinco nos furunculos e anthrazes são verdadeiramente notaveis, quer sob o ponto de vista curativo, quer no tratamento abortivo. São em grande numero os casos de LEDUC, MARQUÉS, TORRES CARRERA, BRILLOUET e outros, alguns dos quaes de certa gravidade pela extensão que tomaram, todos sem discrepancia, tendo cedido á acção antisепtica do ionte utilisado.

Outras infecções aproveitaram-se d'esta acção, entre ellas, as lymphangites, sycosis, endometrites, uretrites, etc.

Depois de experiencias no coelho que demonstraram ter o ionte zinco propriedades estimulantes sobre o systema piloso, MARQUÉS tratou de varios casos de pellada, conseguindo a cura, que se effectua da maneira seguinte: depois da segunda ou terceira sessão os pêlos da peripheria, antes facilmente arrancados,

tornam-se mais resistentes, occasionando dôr a sua tracção; para o oitavo dia surgem pêlos finos e descorados que, aos poucos, tomam o aspecto normal. O insucesso é a regra na pellada descalvante total.

#### IONTE MAGNESIO

E' dotado de propriedade antiespasmódicas, mas a sua ação verdadeiramente electiva, evidenciada por LEWIS JONES, se exerce sobre as verrugas planas, as destruindo sem deixar cicatrizes.

Comparações foram feitas entre este methodo, o cirurgico e o radiotherapico, opinando MARQUÉS que o ionte magnesio fornece um resultado estheticó melhor e um processo operatorio muito mais seguro que os outros.

Por minha parte, com elle tratei de um joven estudante portador de cincuenta e oito verrugas de diferentes tamanhos, sendo trinta e tres na mão esquerda e vinte e cinco na direita, obtendo a cura completa ao cabo de umas vinte applicações muito espaçadas e irregulares.

#### IONTE LITHIO

Adversario das manifestações artríticas, com especialidade das concreções uráticas, devendo-se a EDISON e LABATUT os primeiros resultados animadores.

Penetrando nos tecidos o ionte lithio forma com o ácido urico um urato de lithio mais facilmente soluvel que os correspondentes saes de sodio e calcio. Extremamente diffusivel, é o lithio encontrado nas urinas colhidas duas horas depois da sua penetração diadermica, e a sua ação benefica foi claramente mostrada por CROLAS e BORDIER que, não se limitando á pesquisa do lithio na urina, foram encontrar nas agnas anodicas o ácido urico expulso do organismo.

Apezar das provas favoraveis, MICHAUD, considerando que, pelo seu peso atomico baixo, só uma quantidade insignificante de lithio era introduzida, propôz a sua substituição pelo ácido thyminico, alcançando tambem, talvez com menos lentidão, o fim almejado.

Ainda como succedaneos do lithio, LEUILLEUX apresentou os iones rubidio e indio, que agem, porém, como irritantes.

#### IONTE RADIUM

Conserva as mesmas indicações clinicas do radium com exaltação das suas qualidades e moderação dos seus inconvenientes, tornando possível o accumulo de doses.

Precedidos por BERTOLOTTI, ZIMMERN, FABRE, DELHERM, LAQUERRIÉRE, HARET, LABORDERIE, expuzeram curas de cheloides dolorosos, arthrites blenorragicas, angiomas graves, localisações bacillares, nœvi, sarcomas da espadua e do seio, nos quaes a therapeutica, até então, só tinha demonstrado a sua fallibilidade.

Cumpre, nesta relação succinta, enumerar mais alguns iones bemfasejos, embora ainda de uso limitado. Taes são o cobre e a prata nas affecções septicas em geral, na blenorragia, e em gynecologia; o acido lactic, o butyrico e a anilina no lupus; o calcio no bocio; a cocaina e a adrenalina como ischémiantes; o chromo nas affecções da lingua; o arsenico nas dermatoses; o mercurio na syphilis e nas tuberculoses pulmonar e ossea, trazendo a SCHATZKY resultados que classificou de muito satisfactorios.

Em comparação com o numero muito maior de iones medicamentosos ainda não manejados, é diminuto o dos já consagrados, mas com elles se têm levado allivio a tanto mal que d'antes não o experimentára, que é lícito augurar a diffusão do methodo para, com a pratica, aumentar a relação das curas e dos agentes curadores. E' difficil imaginar, diz LEDUC, quanto no futuro parecerá absurda a conducta da actualidade, pela qual, para tratar um tecido grosseiro ou actuar sobre uma região muito limitada, disseminamos pelo corpo inteiro uma substancia nociva, particularmente prejudicial aos tecidos mais delicados e mais importantes, como o dos centros nervosos.

Esta inconveniencia que o sabio nantez probrava, appellando para o julgamento que ha de vir, fez da introducção electrolytica de medicamentos um methodo de escolha, correspondendo ao desejo vehemente de BOUCHARD, expresso no Congresso Internacional de Medicina do Cairo, qual o da substituição dos

tratamentos geraes pelos locaes, todas as vezes que for possivel.

Em confronto com as applicaçoes topicas, nas quaes, com excepções raras, a absorpção é nulla, ou mesmo com as injecções sub-cutaneas de diffusão muito rapida si soluveis, e tardia si inosoluveis, quando se almeja uma acção puramente local, leva, as lampas o processo electrico por introduzir, directamente, no interior do protopasma das cellulas o medicamento escolhido, substituindo-o aos elementos correspondentes dos tecidos normaes e emprestando aos medicamentos acção muito mais activa e duradoura.

J. de Toledo Dodsworth



# **WASSERMANN NO LIQUIDO CEFALO-RAQUIANO**

**PELO**

**DR. DAVID MADEIRA**



## A REAÇÃO DE WASSERMANN NO LÍQUIDO CEFALO-RAQUIANO

### A sua interpretação clínica nas doenças do sistema nervoso central

A reação de Wassermann no líquido cefalo-raquiano tem atualmente importante significação clínica, não se podendo dela precindir na grande maioria, se não na totalidade dos casos de doenças nervosas.

Modernamente um diagnóstico seguro sobre séde e etiologia de grande número de lesões do sistema nervoso central sómente pôde ser firmado quando a reação de Wassermann no sôro sanguíneo e no líquido cerebro espinhal houver sido praticada. Isto na atualidade, assume capital significação, tanto mais importante quanto se vai de dia para dia verificando que as manifestações nervosas da sífilis podem ser diagnosticadas com muita preocuidade, ainda naquele período em que as reações humorais não se deixam traír por sinais clínicos. Quando se supunha que a evidência clínica desses sinais denunciava o começo da doença, as provas de laboratório vêm dizer, que, se já não estamos nos últimos períodos dela, achamo-nos pelo menos em fase tão adiantada de lesões somáticas que raras vezes a terapêutica poderá trazer alívio aos pacientes, desgraçadamente assim votados quase todos à uma morte certa e lenta, após cortejo de sofrimentos físicos e morais dos mais calamitosos.

A reação de Wassermann no líquido cefalo-raquiano é, pois, alguma coisa mais do que um recurso banal de confirmação ou demonstração da etiologia sifilítica de manifestações nervosas, principalmente da paralisia geral e da tabes dorsalis. Ela serve de índice precioso na diferenciação e séde das lesões nervosas e de sinal precoce de tais manifestações, recurso de alto valor na profilaxia individual e quiçá social da parasífilis.

De facto, antes das provas de laboratorio e sobretudo da reação de Wassermann, o diagnostico da paralisia progressiva só era em via de regra firmado muito tarde, isto é, quando disturbios mentais de demencia, de delirios de grandeza ou de ataxia se manifestavam de um modo patente. Supunha-se então que só nesse momento havia começado a paralisia geral ou a tabes, quando em realidade sabemos hoje, graças aos recursos de laboratorio, que tais manifestações não mais são que a faze ultima de perturbações nervosas sifiliticas que tiveram inicio muito tempo antes, por alterações insidiosas do sistema nervoso clinicamente tão mal traduzidas, tão bem disfarçadas que passavam despercebidas a argucia dos pesquisadores mais perspicazes.

“Formar o juizo clinico de paralysia progressiva só tarde, pelo estado de accentuada démencia ou pelos delirios de grandeza e pequenez é o mesmo que esperar pela uremia, aneurisma da aorta, ataxia ou assistolia afim de diagnosticar nefrite, aortite, tabes ou miocardite”. (OSCAR CLARK — *Paralyisia geral dos alienados* — 1916).

Supunha-se até ha bem pouco que o liquido cefalo raquiano nada mais fosse que um produto de transudação dos vasos sanguineos e linfaticos. A quimica biolojica veio negar peremptoriamente esta suposição. Em quanto o plasma sanguineo contem 7 % e a linfa 4,5 %, o liquido espinhal apenas tem em sua composição 0,02 % de substancias albuminoides. A terapeutica fisiolojica e a patolojia experimental vieram não somente ratificar aquela asserção como demonstrar ainda que o liquido espinhal não sofre, via de regra, das alterações que se passam fisiolojica e patolojicamente nos outros humores do organismo. Normalmente cristalino, ele tem uma densidade oscilando em torno de 1007, contem traços de sais de sodio e de potassio em forma de cloretos, carbonatos e fosfatos, uma minima quantidade de substancias albuminoides, traços de materia redutora, geralmente suposta ser a glicose e praticamente nenhum elemento figurado.

No ponto de vista biolojico a independencia do liquido cerebro espinhal em relação aos outros humores do organismo e principalmente á corrente sanguinea é de um alcance enorme.

Quer sob o ponto de vista da terapeutica das doenças do sistema nervoso central quer sob o ponto de vista do diagnostico pelas reações de imunidade e muito particularisadamente do diagnostico da sifiles pelo metodo de Wassermann, esta independencia nos põe ao corrente de fatos muito curiosos que só agora vão sendo suficientemente explorados e interpretados.

E' assim que certos medicamentos quando introduzidos por via oral ou subcutaneamente, só em casos excepcionaes chegam ao interior do canal medular e isto tem extraordinaria importancia na terapeutica do sistema nervoso central e especialmente da paralisia geral e do tabes.

O iodeto de potassio, por exemplo, não passa do sangue para o liquido espinal. Experiencias nesse sentido levaram a fatos muito demonstrativos e muito curiosos a respeito da doença do sono. Fazendo-se aplicação de certas preparações arsenicais nesta tripanosomiase, verificou-se que os tripanosomas desapareciam facilmente da torrente circulatoria, enquanto permaneciam sistematicamente no liquido cerebro espinhal. E' certamente o que deve suceder com o protosan e mais modernamente com o seu composto, o protosanato de potassio empregado na terapeutica experimental das tripanosomiases dos nossos cavalos. E' sabido que a aplicação desse medicamento no cobaio doente faz desaparecer quase imediatamente da corrente circulatoria os tripanosomas. Este fato levou os seus observadores a aplicação do medicamento na tripanosomiase dos cavalos, mas sem maior sucesso, não talvez pela insuficiencia medicamentosa do composto quimico, mas certamente pela via de introdução ou pela oportunidade da aplicação. Para elucidar a questão sob o ponto de vista particular do protosan ou do protosanato de potassio conviria primeiro verificar a presença desses compostos no liquido cefalo raquiano após sua introdução por via venosa e em segundo se os tripanosomas existentes no liquido cefalo raquiano desapareceriam após a aplicação desses medicamentos. Só então seria possivel esperar do protosan ou do protosanato de potassio a cura radical do mal de cadeiras, senão por via sanguinea, certamente por injeções raquianas. Foi o metodo intra espinhal do emprego do sôro na febre cerebro-espinhal que deu nas mãos de MACK & MARTIN, FLEXNER, KOLLE, os mais

brilhantes resultados, quando em injeções intravenosas era de efeito mediocre.

O que levou esses autores ao emprego do metodo raquiano foi o verificarem que nas infecções bacterianas os anticorpos empregados nos processos de imunidade não poderiam ser denunciados no liquido cerebro espinhal e este fato é mesmo verdadeiro para aquelas infecções que primitivamente envolvem o sistema nervoso central como no caso presente da meninjite cerebro espinhal, já não só em relação aos anticorpos, mas ainda em relação as aglutininas e opsoninas específicas (DAVIS e MAC-GREGOR) e aos complementos hemolítico e bacteriolítico.

A toxina tetanica é um exemplo ainda mais vivo dessa ordem de demonstração. Acreditando-se que ela caminha da séde de infecção pelos linfáticos perineurais, vindo afetar em ultima etapa as celulas nervosas do corno de Ammon, esta toxina tetanica não é encontrada em via de regra no liquido espinhal.

Esses estudos muito contribuiram para esclarecer um assunto até então controvertido e ignorado: o da interpretação clínica da reação de Wassermann no liquido cefalo-raquiano, em regra praticada sem qualquer critério científico. Na atualidade a prática da reação no liquido e no sangue ao mesmo tempo ou alternadamente tem uma alta significação em clínica, quer esclarecendo a natureza etiológica, quer determinando com mais ou menos certeza a séde anatômica das lesões das doenças nervosas em geral, quer ainda como elemento de prognóstico. Antes de ferirmos, porém, este assunto vejamos um outro ponto de atualidade e de grande interesse científico, tal o da reação de Wassermann no liquido do 4º ventrículo.

E' fato já bem conhecido que nos casos de ictericia o pigmento biliar se apresenta em considerável quantidade nos exsudatos das cavidades serosas peritoneal e pleurais e em menor grau no liquido cerebro espinhal.

SCHMORL estudando as diferenças existentes entre o liquido cefalo raquiano e o intraventricular verificou que na maioria desses casos de ictericia o liquido intraventricular não contém traços de pigmento biliar, nem mesmo naquelas em que se encontra quantidade pronunciada no liquido cerebro espinhal.

De 11 casos de ictericia que ele estudou, sendo 10 adultos e 1 de ictericia dos natos, em 8, inclusive este último o liquido

intraventricular era absolutamente claro e não continha qualquer traço de pigmento biliar. Em um caso em que a ictericia fôra de 8 meses uma tenue coloração amarelada se apresentara, sem entretanto mostrar reação química biliar e nos 2 restantes o líquido intraventricular era assinaladamente mais corado do que o líquido cerebro espinhal. Retificando esta independencia entre o líquido cerebro espinhal e o do 4º ventrículo cita ainda um caso de diabetes em que uma grande quantidade de substância redutora era encontrada no líquido cerebro espinhal, enquanto pelo mesmo método, não era denunciada no líquido ventricular. Procurando a significação disto; SCHMORL tratou de verificar as condições locais e notou que os 3 casos que apresentava pequena coloração do líquido intraventricular tinha uma considerável infiltração inflamatória do plexo com manchas do epitélio desnudado.

Sem tirar conclusão definitiva, SCHMORL procedeu a reação de Wassermann no líquido intraventricular e no céfalo raquiano ao mesmo tempo e pelo mesmo processo em 7 paralíticos gerais que em vida deram reações positivas no líquido raquiano, enquanto no ventricular só um reagiu, os outros 6 dando reações nitidamente negativas. Neste caso único o plexo coroide apresentava sinais evidentes de degeneração generalizada.

SCHMORL interpretou como resultado das suas observações a independência anatômica das cavidades intraventriculares da sub-araquenoide, sendo o foramen de Magendie e os foramina de Luschka considerados inexistentes como verdadeiros orifícios. Esta conclusão que ele diz mais particularmente evidente para os seus casos de ictericia, poderá não ser a mesma para os casos de paralisia geral com Wassermann intraventricular negativo. Nestes é possível que o processo inflamatório crônico das meninges possa ter ocorrido para o fechamento artificial dos foramina que se supõe fornecer comunicação entre as cavidades ventriculares e o espaço sub-araquenoide.

Dos casos de SCHMORL se conclui nitidamente que no líquido ventricular só existia pigmento biliar ou manifestava reação de Wassermann positiva quando o epitélio do plexo coroide estava degenerado.

Em adição a estes casos e para maior força de asserção de que a passagem das substâncias que circulam no sangue para

o interior da cavidade intraventricular é devida a alteração do plexo coroide ou do ependima ele cita ainda as duas curiosas observações seguintes: em um caso de goma do cerebro se extendendo até as cavidades ventriculares e cujo processo inflamatório invadio parte do plexo coroide que se tornou infiltrado e desnudado de seu epitelio, o sôro sanguineo e o líquido intraventricular reajiram positivamente ao Wassermann enquanto o líquido cefalo raquiano reajio negativamente. O outro caso, não sifilitico, continha um abcesso do tamanho aproximado de um ovo de galinha, no hemisferio direito do cerebro e era separado do ventrículo direito por uma faixa de tecido de 2 mm. somente de espessura. A parede ventricular na vizinhança do abcesso estava injetada e edemaciada, demonstrando o exame microscópico que o epitelio e o ependima estavam parcialmente necrosados e descamados com o tecido sob epitelial infiltrado de polinucleares. O plexo coroide não estava afetado. Neste caso o líquido intraventricular continha uma considerável quantidade de albumina enquanto o cerebro espinhal continha somente traços.

Estas observações são de importância a indicar que as condições locais é que determinam a presença no líquido ventricular e no espinhal de substâncias que circulam no sangue e bem se percebe agora no ponto de vista da aplicação do Wassermann o quanto é importante a sua verificação no sôro sanguíneo e nos líquidos espinhal e ventricular quanto a séde e extensão das manifestações lueticas do sistema nervoso central.

MACKENZIE e BROWNING tiveram oportunidade de fazer um exame comparativo pela reação de Wassermann no líquido espinhal e no ventricular em 4 casos de paralisia geral. Em dois o líquido espinhal reajio positivamente enquanto o ventricular negativamente e nos outros dois restantes ambos os líquidos reajiram positivamente. Pelo exame anatomo-patológico o plexo coroide mostrou nestes últimos, sinais evidentes de degeneração enquanto nos primeiros nenhuma alteração foi presenciada.

\* \* \*

A reação de Wassermann tem pois uma interpretação clínica muito importante, que à luz dos conhecimentos científicos atuais vamos aqui esmerilhar.

Quando em um caso qualquer de doença nervosa se obtém uma reação de Wassermann positiva no sôro sanguíneo, duas hipóteses se podem dar:

*a)* a doença em questão é de natureza sifilitica;

*b)* a doença em questão não é de natureza sifilitica e neste caso a reação denuncia ou um estado latente de infecção luetica sem nenhum sinal clínico ou é a expressão sorológico de manifestações sifiliticas evidentes existindo concomitantemente com a doença nervosa.

Mas se com a reação positiva do sôro a do líquido cefalo-raqüiano também o é, então se justifica integralmente o diagnóstico de afecção sifilitica do sistema nervoso central. O diagnóstico precoce do tabes (70 %) e principalmente da paralisia geral (90 %) é por esse modo assim feito muito antes das manifestações clínicas evidentes.

Importante questão que ainda não se acha perfeitamente elucidada é a da intensidade das reações no líquido cefalo-raqüiano e no sôro sanguíneo no mesmo caso clínico. MARIE, LEVADITI e YAMANOUCHI bem como RAVIART, BRETON e PETIT consideram que na paralisia geral a reação é mais assinalada no líquido cefalo-raqüiano. PLAUT e BÔAS têm opinião contraria. Estudando também esta questão estamos de acordo com os primeiros pelo menos no que diz respeito a certos casos de paralisia geral onde temos obtido desvios absolutos com doses mínimas de líquido cefalo-raqüiano (0,01 e 0,005 diluidos em 2 c. c. de NaCl).

Na tabes dorsualis, segundo uma nossa observação já publicada no *Brazil Medico* a intensidade das doses no líquido e no sôro foi mais de uma vez rigorosamente medida pelo processo de Mackenzie sendo sempre menos elevada no sôro sanguíneo que no líquido cefalo-raqüiano — 60 doses para este e 20 para aquele —.

A questão é difícil de resolver tecnicamente. Primeiro o sôro sanguíneo deve ser aquecido por 30' à 55-57° C. para privá-lo de propriedades desviantes anormais por vezes presentes no sôro sifilíticos ativos. E' incerto se tal aquecimento produz

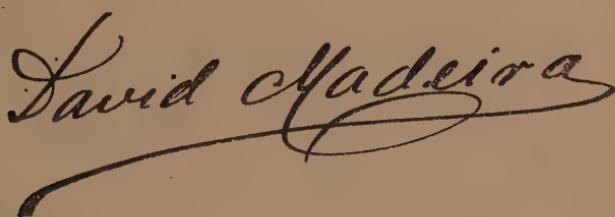
modificações que torne perfeitamente comparável o sôro sanguíneo ao líquido cefalo e raquiano não aquecido. Demais as proporções de sangue e de líquido empregadas na reação não são as mesmas daí ainda outra dificuldade.

BROWNING e MACKENZIE examinaram uma série de casos avaliando simultaneamente em doses hemolíticas quantidades de complemento absorvido pelo líquido cefalo raquiano e pelo sôro aquecido dos mesmos doentes. Os resultados de tais exames mostraram que em alguns casos o líquido espinhal, e em outros o sôro sanguíneo, produziu maior desvio. Em dois casos de paralisia geral GIOMOUR achou que o líquido raquiano deu resultado positivo (0,1 c.c. de líquido não aquecido) enquanto que o sôro sanguíneo depois de 1/2 h. de exposição a 55° deu resultados negativos em exames repetidos.

O que parece adquirido é que na paralisia geral existem mais anticorpos no líquido do que no das outras afecções sifilíticas do sistema nervoso central de modo que quantidades mínimas de líquido de paralíticos gerais ainda possam dar reações positivas enquanto que noutras afecções já reajam negativamente, podendo isto vir a constituir um meio de diagnóstico diferencial.

A presença de anticorpos sifilíticos no sôro pode ser devido em casos de paralisia geral a dois processos concomitantes: em primeiro logar a alterações que se manifestem no espaço aracnoide e no tecido sobjacente e em segundo á processos fóra do sistema nervoso central, como na sifilis latente ou manifestações clínicas de outras porções do corpo. Por outro lado os anticorpos podem ser devidos somente a afecção do sistema nervoso central, mas se a esta produção se junta a de anticorpos destas lesões então é possível e justificável que o sôro reaja mais fortemente do que o líquido. Se a produção de anticorpos estiver limitada ao espaço sob-aracnoide, o líquido cerebro espinhal dará mais forte reação do que o sôro sanguíneo e em alguns casos chega este a reajir negativamente enquanto aquele continua a reajir positivamente. Esta opinião é baseada nos casos de SCHMORL em que a ocorrência de uma reação de Wassermann positiva com o líquido intraventricular e com o sôro só era atribuída ao fato de que o processo gomoso no cérebro se estende ao plexo coroide e era interceptado por qualquer associação direta com as estruturas banhadas pelo líquido espinhal.

A questão como se vê é ainda de grande complexidade, mas essas considerações já deixam entrever a possibilidade da interpretação porque na sifilis cerebral o líquido espinhal reage muito menos frequentemente ao Wassermann do que na paralisia geral. Somente naqueles casos em que o processo sifilitico envolve as estruturas imediatamente em contato com o líquido espinhal uma reação de Wassermann positiva pode ser esperada.

A handwritten signature in cursive script, reading "David Chadeira", is centered on the page. The signature is fluid and written in black ink on a light-colored background.



## **PARTE CLINICA**



# **PATHOGENIA DA OPHTHALMIA SYMPATICA**

PELO

**PROF. A. FIALHO**



## PATHOGENIA DA “OPHTHALMIA SYMPATHICA”

Está até agora geralmente aceito, que um *traumatismo penetrante*, actuando em séde de predilecção (*região ciliar*) exclusivamente *por si* e sem intervenção de outra causa geral, pôde produzir no olho primitivamente acommettido determinada lesão — *irido-cyclite*, uveite chronica traumatica, a qual, e só ella, num espaço de tempo que medeia entre os extremos de 2 semanas e 42 annos após o traumatismo, poderá reproduzir lesão analoga — carácter dado como muito importante — denominada *irido-cyclite*, uveite chronica *sympathica*.

Está admittido que a lesão passa, transmitte-se, *propaga-se de um olho a outro*. Porque via, entretanto, é o que ainda hoje se discute, sem resultado decisivo, por enquanto. A *prophylaxia* aconselhada como meio seguro é a *enucleação* do olho originalmente lesado. Declarada a ophthalmia sympathica, considerase muito *grave o prognostico*: — cegueira na maior parte dos casos — e o *tratamento* é, então, meramente *empirico*.

\*

\* \* \*

De accôrdo com as minhas observações destes ultimos annos, dirigidas em determinado sentido, sou levado a uma nova tentativa de interpretação pathogenica. Sendo, porém, rara aquella lesão, só uma longa observação pessoal poderá recolher o numero de casos necessarios para o fundamento de uma nova pathogenia.

Já o dizia MAUTHNER (*die Sympathischen Augenleiden*, Wien, 1878): “*Kaum ein zweites Gebiet der Augenheilkunde*

*hat eine so eminent practische Bedeutung; auf keinem anderem Gebiete der ophthalmologischen Praxis wird vom Arzte nicht blos eigene Erfahrung, sondern auch Vertrautheit mit den Erfahrungen der Anderen in solcher Weise erheischt...*

— Experiencia propria e familiaridade ou conhecimento da experiencia alheia, neste particular da ophthalmia sympathica.

\*  
\* \* \*

Só de alguns annos para cá, repito, é que comecei a encarar o problema por outra face. Todavia, estudadas a esta luz minhas e alheias observações, antigas e recentes, aumenta-se o contingente dos casos clinicos e satisfaz-se um pouco mais o espirito.

Assim, pretendo demonstrar:

*a)* que a affecção dos olhos sympathisante e sympathisado é localisação de infecção *endogena* (ou de outra causa interna *communum*), preexistindo no organismo, em actividade ou latencia;

*b)* que conforme o estabelecido para as localisações habituaes, o agente infeccioso (ou, *mutatis mutandis*, qualquer outro) penetra por um ponto affastado do organismo e accommette o globo ocular (uvea na grande maioria dos casos) seguindo a via *sanguinea*;

*c)* que a sucessão dos phenomenos oculares (inflammatorios) de um olho para outro, é simplesmente accidental, não depende do olho primitivamente acommettido, e a bilateralidade não é sinão a prova a mais de causa geral;

*d)* que a localisação mais frequente da região ciliar está em que de todas as partes da uvea é aquella que pelas suas condições anatomicas especiaes — de parte mais vascularizada do olho — fica mais facilmente sujeita aos perigos, porque pôde ser invadida por todas as infecções possiveis, pelo lado da iris ou pelo lado da choroide. Donde o dizer-se que nos diferentes typos clinicos da O. S., as lesões *acommettem sempre* toda a extensão do tractus uveal, embora com predominio de uns ou outros symptomas;

*e)* que a O. s. não tem caracteristica clinica nem anatomo-pathologica;

f) que não ha diferença absoluta entre a uveite sympathica e a chamada uveite idiopathica ou espontanea, bem como a symptomatica;

g) que qualquer traumatismo determinando ou não solução de continuidade ou contacto com o exterior poderá dar lugar á O. s.;

h) que o traumatismo é mero factor ocasional, equiparado, em pathologia geral, ao frio, á fadiga, á depressão moral..., e que por si só, não concorrendo uma causa interna, não poderá produzir a O. s.

i) que, sendo assim, tanto os casos recentes de O. s. como os de longa data (O. s. tardia) têm perfeita explicação.

j) que tambem assim se explica a inefficacia da enucleação do primeiro olho depois de ter apparecido a O. s., no segundo e obriga ao maximo criterio e restricção na indicação de uma enucleação, em geral;

k) que tendo a etiologia importancia capital para a prophylaxia, prognostico e tratamento da O. s., é indispensavel em cada caso o exame integral e cuidadoso do doente, exgottados todos os recursos e apreciado devidamente todo e qualquer symptom ou signal;

l) que o não encontrar-se sempre uma causa geral não invalida a explicação, porque nas irido-cyclites communs, muitas vezes, tambem as causas tornam-se completamente obscuras;

m) que, finalmente, a O. s. deixa de ser uma entidade clínica autónoma, á parte, para entrar no quadro das localisações oculares das causas geraes, despertadas por um factor ocasional e que ao envez de se chamar *irido-cyclite-sympathica*, denominar-se-ha *irido-cyclite syphilitica*, *tuberculosa*, etc. — *pós traumatica*, ou *nevrose ocular pós-traumatica*, etc., conforme o quadro clinico.

Reuni, para composição e fundamento desta nova interpretação, grande variedade de casos;

— Aquelles que, em satisfação aos rigores e exigencias da tradição ou das letras medicas classicas, se poderiam denominar de O. s. *verdadeira*, traumatismos perforantes, região ciliar, irido-cyclite traumatica, plastica, atrophia do bulbo, tisica dolorosa, analogia da lesão para o segundo olho dentro dos limites considerados normaes — causa inapreciavel aos meios medicos.

— Os chamados de *O. s. tardia*, muitos annos depois do traumatismo, com a mesma tisica bulbar, reprodução de lesão no olho congenere, este ou aquelle sem causa verificavel, outros de causa reconhecida e coexistente com o traumatismo, na epocha da lesão, e ainda outros de perturbação morbida occorrida entre o traumatismo e o apparecimento tardio da manifestação *sympathica*.

— Toda e qualquer manifestação ocular desenvolvida no olho são, tendo sido o outro olho primitivamente lesado recente ou remotamente, donde o reconhecimento das perturbações meramente funcionaes, dos reflexos, das amblyopias hystericas, das nevroses oculares.

— Todos os casos de inflamações agudas ou chronicas da iris e do corpociliar, complicando as operações de cataracta com iridectomia, nos quaes de modo algum se poderia admittir a existencia de qualquer infecção externa, á vista das absolutas cautelas tomadas e do rigor da technica.

— Os casos de irido-cyclites ou de uveites, plasticas e outras, que tendo conduzido um olho á tisica dolorosa, reproduziam-se com a mesma feição clinica no segundo olho.

— Os casos de traumatismo, em geral, para o estudo da influencia da anomalia constitucional ou de qualquer perturbação organica sobre a lesão ocular.

Então, e em qualquer caso em que o olho é ferido (á parte as lesões insignificantes) lesando o traumatismo ou não partes nobres, zonas mais ou menos melindrosas, examino o doente como si estivesse affectado por causa geral, interna, o que quer dizer, submettendo-o a todas as provas clinicas e de laboratorio, exgottando todos os recursos da technica. E' certo que os casos que mais attenção merecem são justamente os de traumatismos de penetração, situados na zona ciliar, os de maior apprehensão pelas funestas consequencias que dahi poderão advir. Trato do orgam lesado e medico o individuo, de accôrdo com as indicações do exame clinico. Tomadas as precauções exigidas para os traumatismos, com os curativos locaes, sem perda de tempo e no limite das possibilidades é convenientemente examinado o meu doente, e analysado qualquer symptoma ou signal que o exame clinico e as pesquisas de laboratorio revelem. Na grande maioria dos casos, sempre se encontra um fundamento

morbido qualquer, que pôde favorecer uma aggravação do mal, e justifica a therapeutica adequada. De modo geral, posso dizer que, quando existe qualquer anomalia do organismo, quando se encontra a lues, adquirida ou hereditaria, recente ou antiga, precoce ou tardia, o lymphatismo, a escrophulose, a tuberculose, a gotta, (de pouco tempo a autointoxicação intestinal) as perturbações do metabolismo, etc., etc., a influencia da medicação apropriada é sensivel sobre a marcha do traumatismo, no sentido de uma menor duração da lesão (á parte os effeitos irremediaveis desta) de uma regressão mais rapida do processo inflammatorio, de uma attenuação dos symptomas de inflamação, do levantamento do moral do individuo, do bem estar geral.

Si as circumstancias o permittem, faço o exame completo do segundo olho. E não é esquecida a nevrose provocada, exaltada ou creada pelo traumatismo.

Nos casos de primeira mão, tenho evitado dest'arte as manifestações do segundo olho, e mesmo num periodo de alguns annos, em doentes que posso acompanhar de perto, nada se tem revelado. Desde que existe um fundo morbido, uma diathese, uma anomalia constitucional qualquer, não se pôde furtar este doente aos conselhos e indicações usuaes, para o renovamento periodico da medicação conveniente, bem como são feitos todos os exames e correccões que o olho bom requer.

— Mesmo nos casos de *O. s. declarada* precoce, apôs traumatismo perforante, surprehendida immediatamente ou curtos dias depois do apparecimento, si existe causa, o que é frequente, como a lues, por exemplo, a medicação especifica é, por vezes, de effeito maravilhoso.

O que não se poderia exigir é que estes casos se devessem afastar da marcha dos demais, nem que os resultados therapeuticos podessem ser sempre mais brilhantes do que os communs. Quanto a mim, esforço-me por provar que a chamada *O. s.* não é affecção á parte.

Não é menos valioso o tratamento especifico, na chamada *O. s. tardia*, (caso de 50 annos, apôs *irido-cyclite traumatica* por instrumento perforante, de minha observação).

Taes casos de *O. s. tardia* podem representar a forma mais benigna da *o. sympathica*, sem que o olho primitivamente lesado

dê maiores signaes de irritação, ou de inflammação, ficando tudo reduzido a uma sensibilidade maior da região ciliar, e ás vezes quasi que tranquilidade completa do organo, como pude observar.

São quasi sempre olhos que poderam cicatrizar regularmente, sem reacções fortes, no tempo da lesão originaria, á falta de qualquer diathese ou infecção, que, entretanto, pôde ocorrer no espaço que medeou entre o traumatismo do primeiro olho e o accomettimento do segundo.

— Pondo em pé de egualdade os casos de uveite fibrinosa, que chegaram á tisica dolorosa de um olho, com o apparecimento precoce ou tardio de lesão analoga do segundo, porque da O. s. só se distinguem pelo facto de existir uma causa conhecida e revelada, não era demasia trazel-os á collecção.

— O mesmo quanto aos casos de irites ou irido-cyclites agudas ou chronicas, complicando a cataracta operada com iridectomia, operação feita segundo todas as boas normas. Era possivel incriminar simplesmente o traumatismo, quando o modo de proceder era inteiramente uniforme para todos os doentes, e os resultados differiam em alguns casos? Variava o terreno em que se operava, e o exame e a medicação m'o confirmaram. E ahi, em cada caso, tinha a segunda prova por occasião da operação do segundo olho, tomadas as precauções e providencias exigidas pelo primeiro resultado, e colhendo bons fructos delas.

— Conhecida a influencia do traumatismo no apparecimento da keratite parenchymatosa, do traumatismo em relação á tuberculose, aos neoplasmas, ás intoxicações no organismo, o exito de certas medicações especificas, coincidencias, signaes e outros guias de observação cuidadosa, fui pouco a pouco construindo esta nova explicação do que se chama a O. s., e de que daqui por diante darei maior desenvolvimento.

Algumas das idéas até aqui expendidas fizeram o tema de uma dissertação, na these do dr. Alcides Meuna Barreto Prates da Silva, (Contribuição ao estudo da ophthalmia sympathica, 1913) em tempo meu talentoso e applicado interno, e onde, com algumas observações detalhadas, se reflecte o espirito deste trabalho.

\*

\* \* \*

Para melhor encadeamento do assumpto, pareceu-me que não seria fóra de propósito um ligeiro retrospecto historico sobre a evolução das idéas acerca da O. s. desde 1844, anno em que MACKENZIE apresentou-a como entidade morbida, até nossos dias.

E' de avanços e recuos, de liberalidades e radicalismos, de intransigencias e concessões a marcha da O. s., tudo porque sendo naturalmente a pathogenia a parte mais importante e decisiva, foi e é ainda hoje discutida e controversa, signal certo de que a verdade ainda está por achar, e que nem todos os casos cabem dentro das explicações ou interpretações pathogenicas, a não ser violentamente.

Uma causa, porém, tem dominado sempre e ainda — é a acção do traumatismo, como causa efficiente. Observa-se que então como agora é sempre o mesmo o cuidado de não apeiar o traumatismo da sua tradicional influencia directa, decisiva, exclusiva na producção da O. s., a tal ponto que não se considera como de O. s. aquelle caso, de todo em todo igual aos demais, em que intervem uma causa apreciavel geral. Parece que o traumatismo tem acção especifica, e tudo mais é considerado *caso falso ou falso diagnostico*.

Dia a dia, porém, vão aparecendo e se accumulando as excepções.

\* \* \*

Em 1844, como já ficou assinalado, MACKENZIE descrimina e faz entrar em pathologia ocular a molestia por elle e seus collegas denominada *irite sympathica*, que succedia a uma *lesão traumatica*, de que era na realidade o resultado.

A molestia se mostra geralmente *intratavel*, em toda a força do vocabulo, e faz pesar sobre o medico grave responsabilidade. A contusão ou o ferimento de um olho pôde determinar o apparecimento de perturbações no congenere, e os ferimentos penetrantes com destruição dos tecidos e os corpos estranhos são as causas mais efficazes, especialmente si attingem a retina e si se escôda da ferida um pouco de humor vitreo.

Ao contrario, a lesão insulada da cornea ou do crystalino não produz accidente á distancia. Em geral, a *irite sympathica* appa-

rece cinco semanas depois do traumatismo; entretanto, muitos annos depois do ferimento tambem poderá surgir.

Os *symptoms* são os de uma *irite*, que termina rapidamente por amaurose e atrophia do bulbo. E', pois, *inflammation maligna*, de *prognostico muito mau*. Como *pathogenia*, considera *transmissão provavel pelos nervos opticos*, mas os *vasos e nervos ciliares* podem representar tambem papel nesta propagação. O que ha de melhor como *tratamento* é *esvasiar o olho ferido*.

TAVIGNOT desenvolve a maior parte das idéas de MACKENZIE, accentuando que são *acima de tudo as feridas da zona ciliar* e os *corpos estranhos*, que ahi podem penetrar, muito mais graves que as da retina.

Chama a lesão de *irite*, que se manifesta de *um a tres meses depois do accidente*. O *prognostico* está longe de apresentar o caracter sempre tão fatal, como queria MACKENZIE. Julga que ha *nevralgia ciliar*, que produz primeiro *congestão* e depois *inflammation* da iris. Aconselha *calomelanos como tratamento*, até a *salivação*.

1849. — PRICHARD propõe a *enucleação* do olho doente, como *tratamento*.

1854. — TAYLOR considera a O. s. provocada maior numero de vezes pelo *traumatismo*, mas *uma affecção idiopathica de um olho pôde tambem repercutir sobre o outro olho*, para ahi determinar perturbações analogas ás que dão logar as contusões e as feridas. *Não é, pois, sempre em consequencia de um ferimento que as perturbações sympathicas se desenvolvem*. Não nos devemos ocupar nem do objecto, nem da sua forma, nem do logar que accomettem. O *ferimento é a causa excitante*, e nada mais. Mas para que a O. s. appareça é preciso que o olho esteja completamente atrophiado. Viu O. s. consecutiva a *ophtalmias purulentas*, a *estaphylomas*. Viu atrophias espontaneas. Como *tratamento, a ablação da cornea é suficiente*.

1858. — Para BRONDEAU, as alterações de um olho ferido nem sempre produzem sobre o congenere lesões materiaes, sinão tambem, e ás vezes, simples perturbações funcionaes, que podem desaparecer em seguida, ou que se transformam em perturbações nutritivas, por *aggravação progressiva*.

Nestes casos, que em sua opinião são os mais numerosos, observa-se dôr, enfraquecimento gradual da visão, amblyopia,

lacrymejamento, photophobia... Separa, então, nos accidentes sympathicos as perturbações funcionaes das alterações materiaes. Como *pathogenia*, admite a propagação da inflammatiō pelo trajecto dos *nervos opticos*, além de outras vias de propagação, mas deixa aos mais habeis o cuidado e a honra de desemburilharem esta interessante questão de physiologia pathologica.

1858. — H. MÜLLER insiste sobre a importancia da pathogenia. Dá os *nervos ciliares* como orgam centripeto para transmissão das excitações ao encephalo, as quaes se reflectem sobre o grande sympathico do lado opposto, e produzem no olho são accidentes similhantes aos do olho primitivamente accomettido. Não nega o papel do nervo optivo, mas acredita que é muito accessorio.

1862. — PAGENSTECHER nega terminantemente a acção dos nervos opticos.

Começa daqui por diante, com estas diversas questões abertas, a grande lucta para a victoria desta ou daquelle pathogenia, deste ou daquelle tratamento. Vém os detalhes, as minucias, o alargamento das observações.

GRAEFE dá grande valor á dôr quando se toca a região ciliar do olho traumatisado e a do olho sympathico, como *symptoma capital*, para diagnostico precoce e tratamento efficaz.

1864. — RHEINDORF falla na *irido-keratite sympathica*. Mais tarde GALEZOWSKI assignala a *keratite intersticial*, reconhecendo a mesma origem. De GRAEFE, MOOREN, RONDEAU, DOLBEAU, GALEZOWSKI observam a *retino-choroidite*. WECKER dá a *irido-cyclite* como a mais frequente das fórmas inflammatorias, e não simplesmente a irite de MACKENZIE. RONDEAU e MOOREN registram casos de *atrophia da papilla*.

1867. — FOUCHER assignala seis variedades de accidentes reflexos, começando por ligeira perturbação da accommodaçō e terminando pelas mais graves alterações trophicas das membranas profundas do olho.

1872. — No Congresso de Londres, WARLOMOND insiste sobre a multiplicidade de affecções que do olho sympathisante podem reflectir no olho sympathizado, e antes de mais ninguem chega a esta conclusão: *uma irritação prolongada, qualquer que seja a região do olho que a provoque, pôde dar logar ao desenvolvi-*

mento de uma fórmā qualquer de O. s. Não é necessario para isto que o corpo ciliar tome parte.

1873. — DRAUSART falla em *lesões papillares* de origem sympathica, fórmā particular ainda não descripta até então. Como *pathogenia* expõe a *theoria vaso-motora*.

1876. — ALT, de Nova York, observa a *neuro-retinite sympathica*.

1876. — ROSSANDER é de concepção mais larga. E' elle quem diz que uma affecção de um olho, qualquer que ella seja, pôde determinar no congenere accidentes sympathicos de qualquer natureza, desde simples perturbação funcional até as mais vivas inflamações. Dá as nevroses como mais frequentes do que as alterações nutritivas, mas está certo de que as perturbações funcionaes podem se transformar em affecções mais graves.

Em 1878 e 1879 RECLUS e MAUTHNER publicam excellentes e substanciosos relatorios, com o desenvolvimento e analyse critica sobre as questões da O. s., enriquecida com as observações individuaes, pondo em dia toda a literatura até aquella epocha.

MAUTHNER diz que “a O. s. é um verdadeiro Proteu”. Que quanto mais se publicam observações, mais variadas são as fórmas. Descreve, então, o que elle chama “*integrirende Glieder der ominösen Kette der sympathischen Leiden*”, para apoiar a multiplicidade das manifestações sympathicas.

Falla na *enucleação*, como “*grito de guerra*”, e referindo-se a hecatombes e hecatombes de olhos sacrificados pela enucleação, pergunta si ha ophtalmologista que se possa sentir livre de culpa, debaixo do philanthropico manto da enucleação prophylactica.

Quanto á *pathogenia*, julga que a transmissão se faz de um olho para outro pelos caminhos do *nervo optico* e dos *nervos ciliares*, por aquelle os estados irritativos e inflammatorios propagados do opticoretina, e ao longo dos nervos ciliares os processos inflammatorios que em primeiro logar são observados no tractus uveal.

RECLUS desenvolve bem o capitulo da etiologia, tratando de causas predisponentes, si bem que julgue a palavra *predisposição* um pouco vaga. Refere que alguns autores de até aquella epocha “*prétendent que la scrofule, l'alcoolisme, la misère physiologique, en un mot, toute déchéance organique de l'organisme est une cau-*

*se d'ophtalmie sympathique; mais ils se bornent à des affirmations sans preuves.*" E diz em seguida: "Vice radical, elles (les observations, muettes au sujet de certaines diatheses) ne s'occupent que de l'affection oculaire, en dehors de toute considération rapprochée ou lointaine..."

E' de sua observação que a *fadiga exagerada* dos olhos é causa de *accidentes sympathicos*.

Embora, continua o autor, seja facto indiscutivel, aceito por todos os autores, a ophtalmia sympathica que succede a um traumatismo (e todas as contusões e ferimentos podem provocar-a, e todos os tecidos e todos os meios de um olho podem reagir a ponto de determinar accidentes no congenere) não pôde deixar de admittir que a *inflammatione espontanea* pôde tambem provocar o apparecimento de perturbações *sympathicas*. Nisto, aliás, segue as pégadas de TAYLOR (1854).

Quanto á *pathogenia*, aceita a theoria da *nevrite optica*, porque, melhor do que qualquer outra, explica certas fórmas especiaes de O. s. Entretanto, diz, *il faut reconnaître que la theorie de transmission par les nerfs ciliaires règne maintenant sans contestation dans la science*".

E' pela *enucleação preventiva*, julgando que a *enucleação curativa* cura quasi sempre as perturbações funcctionaes de origem reflexa, muitas vezes as fórmas benignas, raramente as malignas.

De então para cá, poucos assumptos em ophtalmologia têm despertado tanto interesse e têm aguçado tanto a curiosidade dos ophthalmologistas, como este, e o estudo da pathogenia tem sido a maior barréira a transpor.

Idéas admittidas algum tempo depois de conhecida a O. s., e em seguida abandonadas, voltam de novo á tona actualmente, como a de TAYLOR (1854), quando diz que "uma affecção idiopathica de um olho pôde tambem repercutir sobre o outro olho, para ahi determinar perturbações analogas ás que dão logar as contusões e os ferimentos", renovada presentemente por ELSCHNIG, a proposito da uveite sympathica espontanea, sem diferença absolutamente alguma com a uveite sympathica traumatica.

A idéa, que por minha vez adopto, embora com outros fundamentos clinicos e pathogenicos — de que o traumatismo obra como factor ocasional na genese da chamada O. s., é até

certo ponto entrevista pelo mesmo TAYLOR, quando dizia que o ferimento era a causa excitante das perturbações sympathicas, posto que lhe bastasse como tratamento a ablação da cornea. E alguns autores admittiam certas “*diatheses*”, como causas predisponentes, embora se limitassem a “*affirmações sem provas, a impressões*”. (RECLUS).

Atravez dos diversos autores, são estas, com ligeiras variantes, as opiniões hoje dominantes:

Condições essenciaes para a O. s.: — *a*) abertura, *solução de continuidade do bulbo*, do primeiro olho lesado; *b*) aparecimento neste olho primitivamente lesado, e em consequencia do traumatismo, de uma *uveite chronica plastica*; *c*) só esta uveite está em estado de prolongar a *affecção sympathica* ao segundo olho. O quadro clinico da *affecção* do segundo olho é o de uma *irido-cyclite*, chamada *irido-cyclite sympathica*, com suas formas simples, média, grave.

Define-se, então, a *ophtalmia* ou *inflammation sympathica verdadeira* uma infecção chronica, de agente ainda desconhecido, penetrando no primeiro olho por occasião de um ferimento perforante da região ciliar, e podendo acommetter o tractus uveal do segundo olho por propagação provavelmente vascular. Dá lugar a lesões inflammatorias do typo chronic o e a exsudações plasticas. Tem como carácter importante analogia de lesões nos dois olhos.

Quanto ao *tempo que leva o segundo olho a ser affectado*, o mais curto intervallo é de 14 dias, e o mais frequente segundo uns 4 a 8 semanas, segundo outros 6 a 10 semanas, após o traumatismo. FUCHS dá como intervallo medio o curso do segundo mez. Mas, longos annos mesmos depois do traumatismo (VIGNAUX, 28 annos; WEEKS, 42 annos, *cit.* RECLUS, 60 annos...) todos admittem que um olho ferido, ficando muito tempo sem inflamação e sem reacção, pôde tornar-se perigoso para o outro olho, pelo facto da O. s.

Um pequeno traumatismo accidental pôde reaccender a infecção, incubada certamente ainda, e provocar talvez assim a O. s. Mesmo sem factor extrinseco, os olhos lesados, especialmente tisicos, têm tendencia a apresentar crises dolorosas intermitentes (tisica dolorosa), cada uma das quaes pôde fazer evoluir a O. s.

Como *séde de predilecção*, os ferimentos do limbo e da região ciliar expõem mais especialmente o globo ao apparecimento dos exsudatos sympathicos.

A *symptomatologia* do olho sympathisado pôde ter como *precursoras* violentas dores occipitales ou peri-oculares. O comum, entretanto, é que se inicie a scena morbida pela perturbação visual, ao mesmo tempo que se observa ligeira injecção ciliar e photophobia. Um pouco mais de attenção descobre ligeira turvação do humor aquoso, leve descoramento da iris, mas a pupilla ainda é susceptivel de se dilatar pela atropina. Existe certa sensibilidade da região ciliar.

Feito á lente de aumento, e com iluminação apropriada, o exame revelará finos precepitados, caracteristicos da infecção ciliar, na parte posterior da cornea, e ophthalmoscopio-turvação ligeira e diffusa do corpo vitreo, bordos pupillares indecisos, o que se pôde tomar por nevrite optica. Hypotonia ou hypertonia, conforme os casos. Baixa pronunciada da agudeza visual. A despeito da instillação de atropina, estreitamento da pupilla, formação de exsudatos mais ou menos expessos no campo pupillar. Nos casos de maior intensidade, pequeno exsudato fibrinoso espesso no angulo irido-corneano inferior. Torna-se mais accentuada a injecção perikeratica, aumentam as dores peri-oculares e a photophobia, e a visão baixa cada vez mais até que o olho se perde completamente dentro de algumas semanas.

Todavia, os autores distinguem *irritação sympathica* de *inflamação sympathica*. A irritação para muitos pôde ser na maior parte dos casos a manifestação inicial de uma propagação ao segundo olho, pôde ser symptom a intermitente, durando cada ataque certo numero de dias ou semanas, depois cedendo e re-aparecendo umas tantas vezes, até que em alguns casos desapparecem inteiramente.

Estudada a *anatomia pathologica*, ficou reconhecida a *identidade de lesões inflamatorias nos dois olhos sympathisante e sympathisado*: — Infiltração cellular da uvea, com os caracteristicos das infiltrações inflamatorias chronicas, predominancia de leucocytos mononucleares, tomando grande numero delles os caracteres das cellulas epithelioides, encontrando-se, não raro, no centro de um grupo de cellulas epithelioides uma ou mais cellulas gigantes. Grande analogia destas lesões com as da tuberculose,

mas diferenciação pela distribuição, anatomicamente muito mais difusa das lesões sympathicas. Ao lado das lesões histológicas, formação de exsudatos fibrinosos com tendência à organização, e localização de preferência no campo pupilar, face posterior da íris ou superfície dos processos ciliares.

A pesquisa de microorganismos pathogenos não permitiu até agora a descoberta do agente específico da inflamação sympathica, quer num quer noutro olho, mas está afastada a idéia de um microorganismo pyogeno conhecido, como em tempo se chegou a acreditar.

Pelo que importa à *pathogenia*, multiplas são as teorias de transmissão, porém as mais importantes são as dos *nervos ciliares* (primitiva e modificada) e da *emigração* (DEUTSCHMANN) e da *metastase* (RÖMER). As ultimas em data são as de ELSCHNIG, que explica a O. s., por um processo anaphylactico, e as de GOLOWIN e SANTUCCI, por processos autotoxicos.

Reina, pois, grande obscuridade sobre a natureza e genese da affecção sympathica do segundo olho, e a questão apresenta-se ainda com carácter urgente e forçoso.

A percentagem de frequência da O. s. é muito pequena. Só 1 a 3 % (RÖMER) ou 0,72 % dos traumatismos perforantes infecionados conduzem o outro olho à O. s.

O *diagnóstico* da O. s. declarada não tem grandes dificuldades, à vista dos commemorativos. Usa-se da seguinte linguagem: — O diagnóstico de O. s. será feito sempre que algumas semanas depois de um traumatismo, seguido de irido-cyclite crônica do olho ferido, sobrevier também uma iridocyclite no outro olho, para a qual não se encontra nenhuma etiologia e em particular nenhuma affecção geral. Ou, então: — É preciso não supor que toda inflamação sobrevinda em um doente que teve um dos olhos ferido seja forçosamente de natureza sympathica. Por vezes se tem atribuído a um processo de infecção sympathica o que, realmente, derivava de uma infecção syphilitica.

Sendo o mais importante o *diagnóstico precoce* (saber de antemão qual o olho que poderá vir a ser acometido) e embora se o tenha quasi como impossível, têm, todavia, alguns procurado no exame do sangue (aparecimento da *lymphocytose*) o aviso da ameaça. Outros se valem do *exame histológico* do olho sympathisante.

Do *prognostico*, todos dizem que é *sempre grave*, e que a O. s. é a complicação mais temível dos ferimentos do globo, pois céga mais da metade dos olhos accometedidos.

O *tratamento* é dividido em preventivo (*prophylaxia*) e curativo.

O meio preventivo mais certo da O. s. consiste na *enucleação* do olho sympathisante, feita a tempo, si não se pôde curar a irido-cyclite traumática infecciosa, deste olho pelas fricções mercuriaes, doses elevadas de aspirina, curas de sudação...

Declarada que seja a O. s., além do tratamento local, tratamento mercurial (fricções ou injecções intramusculares de oleo cinzento) empregado empiricamente, e fazendo parte do tratamento classico, e mais, preconisado ultimamente, o salicilato de soda, aspirina, fricções de collargol, etc. Têm sido registrados recentemente casos de cura com o salvarsan e neosalvarsan, e alguns o começam a empregar a titulo preventivo.

\*

\* \* \*

Do exposto até aqui, vejamos os pontos passíveis de objecção, de acordo com a experiência clínica.

— Será sempre condição essencial para a eclosão da O. s. a perfuração do bulbo, por occasião do traumatismo do primeiro olho lesado?

— Quando se falla aqui em *perfuração*, acóde a idéa de comunicação com o exterior, feita pelo traumatismo, e neste momento penetração da infecção no primeiro olho, a qual pôde por propagação accometter o tractus uveal do segundo olho, conforme as idéas correntes.

Logo, *infecção exogena*, não existente, mas trazida com o traumatismo e naquella occasião.

Mas, provada que fosse esta origem da O. s., seria então difícil explicar porque motivo uma ruptura sub-conjuntival do globo (ainda traumatismo), sem lesão da conjunctiva, sem comunicação aberta do interior do globo com o exterior, ou pelo menos não verificável, pôde dar logar á O. s. Ou, mais e melhor, porque razão uma irido-cyclite grave de um olho, consecutiva a tumôr intra-ocular (affecção não perforante), provoca irido-cyclite sympathica do outro lado.

E está bem posto o diagnostico de O. s., pela analogia das lesões dos dois lados, caracter dado como muito importante. Entretanto, as excepções não aparecendo.

— Além das feridas penetrantes, também se diz que as afecções do globo que dão lugar à perfuração das membranas externas — *ulcerações perforantes da cornea*, — são as mais das vezes seguidas de inflamação *sympathica*.

Aqui o traumatismo perde um pouco a sua influencia, para ficar apenas em campo a perfuração de qualquer causa, a qual poderia dar lugar à inoculação ou contaminação vinda do exterior.

— As *feridas operatorias* são também postas em pé de igualdade com os ferimentos penetrantes, para os efeitos da ophthalmia *sympathica*, e principalmente as operações de cataracta mal sucedidas, em consequencia de irido-cyclites chronicas. Querem alguns que as operações na região ciliar, especialmente si a iris e os processos ciliares estão comprehendidos na ferida, sejam as mais perigosas.

Ora, um ferimento aseptico não poderia chegar à inflamação *sympathica*, tanto que se diz que é principalmente a presença ou ausencia da *infecção* que tem influencia decisiva sobre a O. s. E infecção original exogena da ferida.

Para corroborar a idéa de infecção acrescenta-se que, mesmo que o ferimento penetrante da região ciliar de um olho produza no outro — injeção ciliar moderada, cornea ligeiramente turva, iris hiperemiada com pupilla reagindo mal à atropina — tudo isto desaparecerá promptamente si a ferida é aseptica.

E ainda se assignala que a O. s. era antigamente mais comum do que hoje em dia, porque a asepsia e a antisepsia diminuíram-lhe a frequencia depois das operações. Infecção por occasião do traumatismo.

Entretanto, como se conciliará uma ophthalmia *sympathica* com uma cauterização ignea, para reduzir hernias de iris pós-operatorias, sem phenomenos inflamatorios apparentes, com cristalino normal, meios transparentes e visão quasi normal? Ressecção da hernia, e *por precaução* cauterização pelo galvano-cauterio da pequena ferida do limbo, voltando o doente depois de alguns dias, considerado curado, ás suas occupações e ter 6 a

7 semanas depois irido-cyclite do outro olho? (Casos de TROUSSEAU — *Archiv. d'Opht.*, nov. 1909; e CHAILLOUS — *An. Ocul.*, Junho, 1913).

Agora, quanto a infecção pós-operatoria. Esta não podia ser sinão a produzida por aquelles germens que as pesquisas bacteriologicas têm mostrado que são os mais frequentes agentes da panophthalmia pós-operatoria e dos traumatismos — pneumococcus, streptococcus, bacillus subtilis, bacillus perfringens... Ninguem, porém, pôde pensar em microbios desta especie, produzindo ophthalmia sympathica.

Não só ainda não se descobriu até hoje o agente pathogeno da O. s., quer num, quer noutro olho, como os caracteres da inflamação sympathica permittem affastar a idéa de microorganismo pyogeno conhecido, no que já se acreditou outr'ora. Tam-bem porque, de modo muito geral, está admittido que o phlegmão agudo do olho só *excepcionalmente* é seguido do desenvolvimento da O. s., e isto mesmo por superposiçao de outra infecção, quando não se queira seguir a GRAEFE, que pretendia que as suppurações totaes do globo *jámaiis* determinariam perturbações sympathicas.

De passagem cito um caso de PECHIN (Soc. Franç. d'Ophthalm., 1909, Arch. d'Opht., nov. 1909), de um trabalhador que recebeu num dos olhos um fragmento de ferro fundido, declarando-se depois a *panophthalmia*, pelo que se fez a evisceração da orbita. E pouco tempo apôs ficava cégo o segundo olho, por *atrophia do optico*.

E' interessante notar que em materia de *etiologya microbiana*, os campos são oppostos. MORAX está convencido que aquella etiologya microbiana não tardará a ser demonstrada, e valendo-se de noções adquiridas e sem se afastar dellas, i. e., de que um certo numero de microorganismos só exercem accão pathogena em certos tecidos, julga que pôde muito bem admittir que a infecção sympathica é especial á uvea, como a infecção trachomatosa é especial á conjunctiva e á cornea.

ELSNIG (Von Graefes Archiv. f. Aug., vol. LXXV, VI, VIII.), desenvolvendo sua nova theoria, conclue dizendo que a O. s. não tem origem microbiana, e AXENFELD, por sua vez, que ha até aqui difficuldade em interpretar a O. s. como affecção bacteriana.

Já *Deutschmann* (V. GRAEFE'S *Arch.*, v. LXXVIII), renovando o antigo modo de pensar em outros moldes, volta a dizer que a causa da ophthalmia sympathica é um microorganismo, ainda desconhecido, admite a migração microbiana por via optica, e falla nos caracteres deste microorganismo.

Falla-se, pois, vagamente, em germe, em microbio, em agente pathogeno, em germe invisivel (*RÖMER*) em especificidade microbiana. Outros acreditam que a maior parte dos microbios, ou melhor suas toxinas, parecem capazes de determinar a O. s., não esquecendo os que pensam que as lesões inflammatorias são produzidas num olho pela proliferação microbiana e no outro pela toxina.

O facto seguro, porém, é que até hoje se tem procurado em vão um germe.

— Leu-se atraç que só uma irido-cyclite fibrinosa estava em estado de prolongar a affecção sympathica ao segundo olho, e apresentou-se como caracter importante a analogia nas lesões dos dois olhos, i. e., irido-cyclite do sympathisante gera irido-cyclite do sympathisado.

— Mas, têm significação os casos de hernia da iris, com ressecção, cauterização por galvano cauterio, como precaução, sem nenhum signal externo de inflamação, transparencia dos meios, visão quasi normal, alta curado, volta ao trabalho, e seis a sete semanas depois do accidente — irido cyclite sympathica; os consecutivos á panophthalmia, posto que raros; os casos de *COHN*, de Breslau, demonstrando que certas lesões da choroide e da retina podem por si sós, e sem irido-cyclite concomittante ou consecutiva, determinar perturbações sympathicas.

— Não é desconhecido que, embora em casos raros, pôde a O. s. começar por uma *papillo-retinite*, que *MAUTHNER* considerava o fundamento de toda O. s. É mesmo a divisão aceita dos typos clinicos. Embora acommettam sempre toda a extensão do tractus uveal, uns dão logar a symptomas predominantes para o segmento anterior-iris e corpo ciliar — o mais frequente, outros do segmento posterior (choroide e circulo peri-papilar).

— Em certo numero de casos pôde ver-se, passada a inflamação sympathica, *lesões choroidianas cicatriciaes* bastante particulares: manchas de um branco amarellado ou avermelhado,

dispostos na peripheria retiniana, e não attingindo sinão raramente a vizinhança da papilla.

— HAAB admitté a existencia de *lesões maculares sympathicas*, caracterisadas por manchas pardacentas ou escuras, sem escotoma macular.

— Já ao fallar no historico, me referi á *keratite sympathica*, á *irido-keratite*, á *keratite intersticial*, á *atrophia da papilla*, á *nevrite*...

— Volta-se a registrar de novo a *atrophia optica sympathica*, da qual NUEL, que para esta fórmá de O. s. chamou insistentemente a attenção, chegou a reunir 22 observações, havendo novos casos publicados por PECHIN (Loc. cit.).

— WEEKERS (*Arch. d'Oph.*, julho 1912) falla de *amblyopia sympathica verdadeira*, separada, entretanto, pelo mesmo da *nevrose ocular pseudo-sympathica*, e dá para distingui-las entre si as seguintes condições:

Na amblyopia sympathica verdadeira o olho sympathizado não mostra nenhuma alteração objectiva, e ha como quadro symptomático, facilmente reconhecível, diminuição da agudeza visual, estreitamento do campo visual, deslumbramentos, photophobias, phosphenas, dores, paresia da accommodação. E o olho sympathisante é séde de irritação.

Todavia, digo eu, é preciso convir que pôde estar o olho sympathisante irritado e a affecção do outro olho não ser sympathica, mas ser uma amblyopia de natureza hysterica, segundo está hoje admittido.

O que WEEKERS, porém, quer fazer resaltar é que (e o titulo da sua communicação o indica — *nevrose ocular pseudo-sympathica*) é que comquanto exista a amblyopia sympathica verdadeira, muitos casos que passam como tales são de nevrose ocular, perturbações psychicas meramente funcionaes.

— A'quellas perturbações puramente funcionaes, sobrevenindo em doentes com um olho anteriormente lesado, caracterisadas por dores, photophobia com lacrymejamento e blepharospasmo, perturbação visual, com ou sem estreitamento do campo visual, é que se dava o nome de *irritação sympathica*.

Ha, entretanto, divergencia no modo de considerar esta irritação sympathica. Ao passo que AXENFELD admitté que ella possa ser a precursora da O. s., MORAX diz que esta mesma irri-

tação, que se julgava o primeiro grau ou preludio da ophthalmia sympathica verdadeira, uma analyse mais estreita dos factos mostra que os caracteres clinicos della se superpõem inteiramente aos da amblyopia hysterica.

AXENFELD, reconhecendo que a symptomatologia inicial da irritação sympathica precursora de O. s. é mais ou menos a mesma, procura separal-a da irritação transmittida por via reflexa do olho doente ao olho sô, e que consiste igualmente em photophobia, epiphora, perturbações asthenopicas, acompanhadas de ligeira injecção ciliar.

— Dada a enorme frequencia das fórmas irritativas e a raridade da O. s., está a irritação sympathica longe de ser a precursora da O. s. E' facto que quando está para irromper a O. s., aparecem as dores occipitaeas fortes, as peri-oculares, perturbações visuaes, ligeira injecção ciliar, photophobia..., mas nesta occasião já, o exame attento da face posterior da cornea, de humor aquoso, do fundo do olho, descobre ligeiras lesões materiaes, mas apreciaveis.

Deve-se admittir que num caso de um olho lesado por traumatismo, e perdido, havendo a existencia de um fundo constitucional morbido, uma fadiga exagerada da visão, um esforço da accommodação, por vicio de refracção, actuando por synergia, por solidariedade funcional sobre os dois olhos, possa exacerbar a reacção inflammatoria do olho lesado e predispor o olho bom á congestão, e conseguintemente a maior facilidade de uma localisação morbida. Isto não se poderia considerar o prodromo de uma manifestação sympathica. *Sem necessidade de enucleação, a hygiene, impedindo a fadiga extrema da região ciliar, a correção da refracção, etc., bastariam para extinguir todos os phenomenos.* A reincidencia, o abuso, o descuido, é que poderiam trazer, afinal, a inflamação, independente do outro olho lesado.

Podemos ficar nisto. — Estas perturbações, meramente funcionaes, ou são phenomenos reflexos propriamente ditos, que, aliás, dada a solidariedade funcional dos dois orgãos, são os mesmos que se observam por occasião de corpos estranhos da cornea, exfoliações do epithelio corneano, canterisações de uma palpebra, etc... (antigamente chamados de quasi phenomenos sympathicos physiologicos); ou sobrevem dores nevralgicas intensas, perturbações secretorias, da accommodação, photophobia,

lacrymejamento, blepharospasmo, perturbação visual, com ou sem estreitamento do campo visual..., que são nevroses, com predominancia de manifestações oculares ou amblyopia hysterică; ou são devidos á fadiga exagerada dos olhos e esforços da accommodação, que acompanham os vicios de refracção (causas predisponentes), o que sempre convém verificar.

— Tratando da *anatomia pathologica*, verificou-se a identidade do aspecto microscopico das partes da uvea acommettidas nos dois olhos, sympathisante e sympathisado.

A meu vêr, comparando as lesões inflammatorias sympathicas com as de uma irido-cyclite luetica, por exemplo, (veja adiante, indicação bibliographica), não se encontra caracter nenhum de especificidade das primeiras. A infiltração cellular da uvea é a mesma que a das infiltrações inflammatorias chronicas.

A espessura consideravel da uvea, sobretudo da choroide, que é o essencial na O. s., tambem em casos communs se encontra. No meu caso, que serviu de comparação, caso de atrophia do bulbo, por irido-cyclo-keratite especifica, com infiltração luetica da conjunctiva e da esclerotica, seguido no segundo olho de irido-cyclite especifica obsoleta, (v. GRAEFE'S — *Arch. f. Opht.*, LII, B., 3 Set. 1901), o tecido de infiltração que substituia a choroide excedia quasi duas vezes em espessura a esclerotica. Os nodulos compostos de cellulas mononucleares, e no meio da infiltração diffusa cellulas epithelioides e cellulas gigantes, lembrando analogia quasi confundivel com a tuberculose, nada differem em aspecto, quer nos casos sympathicos, quer nos exponenciais ou idiopathicos, assim chamados.

São, portanto, caracteres das inflammaciones chronicas da uvea, em geral.

Esta tambem é a opinião de ELSCHNIG, quando diz que o aspecto microscopico da O. s. observa-se nos olhos não traumatisados e na *irido-cyclite espontanea ou idiopathica*, e S. RUGE, (v. GRAEFE'S, *Arch. f. Op.*, LXV), a proposito do diagnostico histologico da O. s., conclue que esta permanecerá sempre (pelo menos de modo provisorio) exclusivamente clinico.

O mesmo repetem BOTTERI e WEIGELIN, quando advertem que não carece de importancia o facto de que tambem em casos de irido-cyclite chronica espontanea de A. O., seja possivel de-

monstrar no primitivamente enfermo o quadro typico da inflamação sympathica.

Logo, identidade de lesões em todos os casos — inflamação sympathica, inflamação nas irido-cyclites idiopathicas ou espontaneas, inflamação nas irido-cyclites sympathicas.

O mesmo FUCHS, (XVII Congr. Int. Med., Londres, 6-12 Ag. 913), em seu relatorio sobre a pathogenia da uveite-chronica, diz que clinicamente os casos de uveite chronica se differenciam difficilmente quanto á natureza, e que anatomicamente é *possivel certa differenciação...*

Mas, para provar ainda como é difficil sinão impossivel a caracterisação histologica destas diversas inflamações, basta dizer, com GILBERT, que entre a inflamação sympathica e a uveite fibrino-plastica ha graus intermedios, de tal modo que não é possivel estabelecer o diagnostico de uma inflamação sympathica sem conhecer tanto a marcha clinica como o quadro histologico.

Embora já o tenha dito, repetirei aqui por conveniencia que apesar do cuidado com que se tem procurado bacterias nos tecidos inflamados, nunca se lhes pôde demonstrar a existencia.

Tendo fallado ha pouco na igualdade absoluta entre uveite sympathica e uveite idiopathic, histologica e clinicamente, adduzirei mais algumas considerações.

E' de notar que, depois de durante muito tempo só se admitir que ophthalmia sympathica *verdadeira* era a derivada de um traumatismo, tanto que os casos similhantes eram taxados de *falsos casos*, começou-se a admittir que a irido-cyclite espontanea (não traumatica, idiopathic) poderia tambem chegar á O. s., e que etiologicamente, a irido-cyclite espontanea se approxima da O. s. ELSCHNIG assim diz, bem como MELLER que acredita que é de causa endogena.

De facto, a similhança das irido-cyclites sympathicas com outras especies é tão grande, que não se as pôde separar.

Ficam, pois, igualmente consideradas, debaixo do ponto de vista clinico e do anatomo-pathologico, confundidas absolutamente, dando ambas lugar á O. s.

Aqui uveite expontanea, *idiopathic*, está em opposição a uveite *symptomatica*, que tem causa reconhecida e reconhecivel ou apreciavel. Para a *idiopathic*, espontanea, não ha dependen-

cia, comunicação com qualquer outro estado. Subsiste por si mesmo... Ainda é, pois, a necessidade de affastar a *causa geral, apreciavel*, da genese da O. s.

Que o pensamento é este, provam as seguintes considerações.

Em 1854, TAYLOR e todos os autores que se lhe seguiram, acreditaram na "influencia deleteria de certas alterações espontaneas de um olho sobre o congenere".

Argumentando com estes casos, diziam os observadores da epocha :

— Uma irido-cyclite traumatica, é bem aceita por todos. Mas a espontanea? Ora, uma diathese, um mau estado constitucional determinam no olho o apparecimento de uma irido-choroidite. Sobreven a tisica, e depois de um tempo muitas vezes muito longo, 10, 20, 40 annos, perturbações funcionaes ou nutritivas aparecem, ora agudas, ora insidiosas, e cedo se desenvolve o cortejo symptomatologico de uma irido-cyclite. *Deve-se accusar o côto atrophicó? Deve-se incriminar a diathese que perdeu o primeiro olho?*

Ou, então: — uma irido-choroidite sobreven em um olho até então sã, num individuo cujo outro olho é doente ou atrophiado desde muito tempo. Esta irido-choroidite coincide com irradiações dolorosas do olho presumido sympathisante. A extirpação deste olho faz desapparecer toda a perturbação da congenere. Emfim, *as pesquisas mais escrupulosas não permitiram verificar a existencia de uma causa constitucional ou local.*

Ou, ainda: — Casos mais comprobativos, os de um sarcoma de um olho, que chegado ao corpo ciliar deste olho faz apparecer neste momento symptomas geraes graves de uma irido-cyclite plastica ou serosa.

E perguntava-se: Qual é este espirito rebelde que, em boa razão, ousará recusar a este processo o nome de ophthalmia sympathica espontanea?

— Confrontemos os factos. Si os autores, que aceitam a O. s. verdadeira, dizem que (RÖMER — Lehrbuch der Aug.) — *o que se sabe da O. s. é apenas que é uma affecção produzida por ferida infectavel; que todo diagnostico de irido-cyclite sympathica é diagnostico de probabilidade, nunca se pôde firmar com absoluta certeza, porque não é caracterizada por nenhuma pro-*

*priedade clinica especifica, nem macroscopica, nem microscopica,* (e isto nos casos recentes, com o traumatismo á mostra, com irido-cyclite traumatica verificada, demonstrada) já é ir além das medidas chamar O. s. (o. s. tardia, espontanea, idiopathica) a que apparece 20, 40 annos depois.

RÖMER, desenvolvendo as suas considerações, pergunta:... Tratar-se-ha mesmo de inflammação sympathica? Não é dado pensar que, independentemente de uma irido-cyclite do primeiro olho, possa sobrevir no segundo olho uma irido-cyclite de qualquer outra causa? Num doente com tisica do bulbo, a irite plastica luetica, tuberculosa, rheumatica, idiopathica, não pôde acommitter o segundo olho, como acommitteria o olho de um homem até aquelle momento em perfeita saude?

— Si tudo está em reproduzir a lesão analoga, sem que haja outra causa sinão o traumatismo, ou, não havendo o traumatismo, não se encontrando uma causa por mais que se procure escrupulosamente, então aquelles casos de irido-cyclites, de causa absolutamente obscura, que, mais tarde ou mais cedo, começando num olho terminam de modo analogo no outro, deveriam ficar na mesma cathegoria, e a affecção do segundo olho ser taxada de sympathica.

Entretanto, não o é.

Porque, já se dizia em outros tempos: "a irido-choroidite é sempre identica a si mesma, quer a provoque uma diathese, ou a sua apparição seja determinada pelas alterações do congenere.

Entretanto, ELSCHNIG aproxima etiologicamente o O. s. traumatica da O. s. espontanea; MELLER diz que é de causa endogena, e desde que para a traumatica o primeiro considera como factores indispensaveis, e agindo associadamente, o traumatismo e a *anomalia constitucional*, que ficaria para a O. espontanea sem qualquer *anomalia constitucional*?

— Mas, comparemos estes casos:

1) Olho lesado por traumatismo, irido-cyclite, atrophia do bulbo — 40 annos depois — irido-cyclite. Faz-se o diagnostico de *O. sympathica, traumatica*. Causa geral nulla (ou inapreciavel ou occulta).

2) Olho perdido por qualquer diathese ou mau estado constitucional, com atrophia. Longo tempo depois, irido-cyclite. Pergunta-se: *Coto atrophicó ou diathese, a causa?*

3) Olho lesado ou atrophiado ha muito tempo. Apparecimento de irido-cyclite. Causa completamente obscura, por mais que se pesquize. Diagnostico: *O. sympathica espontanea, idiopathica*.

4) Olho atrophiado ha algum tempo, por irido-choroidite plastica. Coto doloroso. Reprodução no olho congenere da mesma lesão. Baixa consideravel na visão. Si não houvera causa ou si esta ficára occulta á investigação, far-se-hia o diagnostico de irido-choroidite sympathica espontanea. Mas, neste caso (estou reproduzindo um dos ultimos por mim observados) encontro a lues como causa. Emprego a medicação mercurial intensiva, faço cessar as dores do olho sympathisante, melhoram rapidamente as perturbações do segundo olho. Evito uma enucleação imminente. Curo radicalmente o olho direito.

Em que differe, pois, este caso das hypotheses 1 e 3, clinicamente fallando? A marcha, a successão dos phenomenos, a reprodução das lesões, a analogia, tudo perfeitamente igual, para que se fizesse igualmente o diagnostico de ophthalmia sympathica. Entretanto, desde que se descobriu a etiologia, deixa de o ser, para voltar simplesmente a uma irido-choroidite especifica, conforme as nocões em voga. Pois, quadros clinicos tão absolutamente egaes em sua evolução, podem ser separados quanto a origem, quanto ao agente causal?

— F... tem um traumatismo no olho esquerdo perforante, irido-cyclite. (e estou a citar outra observação). Algumas semanas depois, dentro da epocha normal do aparecimento das affeções sympathicas tem perturbações oculares, do segmento posterior, mais pronunciado, e anatomicamente menos pronunciado do segmento anterior. Reacção W. +. Medicação especifica de exito absoluto e rapido (Neosalvarsan).

Conforme as vistas correntes do maior numero, encontrada a syphilis, perdeu o caracter de *O. sympathica*. Mas este mesmo caso, si escapara a causa, teria sido capitulado de *O. s.*, por todos.

Mas, não encontrar uma causa não significa que a causa não existe, senão que pôde escapar ás nossas investigações, que pela sua subtileza passou despercebida, ou que no estado actual ainda não é apreciavel com os nossos recursos diagnosticos.

Não se pôde, pois, fazer praça da ausencia de etiologia para estabelecer o diagnostico de ophthalmia sympathica *espontanea*. Nesta mesma uveite chronica, não traumatica, succedendo a inflamação de um olho á do outro, quantas vezes se oculta a etiologia? Que torturas de um medico, exgottando todos os meios diagnosticos, clinicos e de laboratorio, e não encontrando causa que a possa explicar, e que conduza a uma therapeutica apropriada! Quantos olhos perdidos! Faz-se o diagnostico de *uveite espontanea*?

Mas, si medeiasse um longo intervallo (o. s. tardia) seria aquelle o diagnostico.

Clinicamente, todos estes casos de uveite chronica são similhantes. O que não seja syphilis, tuberculose ou traumatismo, para as uveites chronicas, já é muito difficult de diagnosticar. Nos ultimos annos, os medicos americanos (*De Schreinitz, XVII Cong. int. medicina, Londres 6-12 agosto 913*) appellaram para a *intoxicação gastro-intestinal*, que nunca foi suspeitada como causa. Dá como certo, com FUCHS, aliás, que a maior parte das inflamações da uvea são occasionadas por toxinas ou por microorganismos. Admitte que o intestino possa ser simplesmente o manancial de infecções da uvea, do mesmo modo que a boca, o nariz, o utero podem ser o ponto de partida de fôcos *septicos chronicos*. E assim, a intoxicação gastro-intestinal, como outras causas não tradicionalmente accusadas como factores de irido-cyclites, poderão ter passado desperecidias ou mesmo postas á margem, quer haja traumatismo, quer não.

A causa sempre deve existir, não apparente, mas difficult ou ás vezes impossivel de revelar. São aquelles casos em que, em desespero de causa, o empirismo emprega o iodeto de potassio ou o mercurio, e ás vezes colhe exito....

Si o facto de se não encontrar a causa não quer dizer que ella não exista, então não se poderá fazer o diagnostico da ophthalmia sympathica espontanea, pela razão de não aparecer a etiologia. Si existe a causa, ou si é provavel ou possivel que exista, ficará equiparada ao caso 4 a O. espontanea, e então, os ambos serão classificados de uveite sympathica, o que é absurdo, ou qualquer delles de — localização ocular, ou symptomatica, de causa não apparente, mas provavelmente existente, ou symptomatica, de causa reconhecida.

Vão, assim, afrouxando os primitivos rigores, tanto mais quanto, já se faz diagnostico de irido-cyclite sympathica com WÄSSERMANN positivo.

*Pathogenia.* — Abandonada a theoria nervosa pura, simples, (que quando muito poderia servir para explicar os casos da chamada irritação sympathica ou reflexa) — nervos ciliares, como os intermediarios da propagação (TAVIGNOT, MÜLLER, de GRAEFE) ou intérvenção do nervo optico (LE DVAN, HIMLY, MACKENZIE); abandonada a da emigração, que acredita na penetração do agente inflammatorio por occasião do ferimento, multiplicação no interior do olho, e passagem de um a outro por intermedio do nervo optico (DEUTSCHMANN, *loc. cit.*), theoria que não foi confirmada nem pela clinica, nem pelos exames histologicos; aceita-se — que se deve tratar de um processo infeccioso, cujos agentes chegam ao segundo olho por occasião da perforação, não se podendo até aqui estabelecer de que modo estes agentes se dirigem do olho sympathisante ao sympathisado, si por via lymphatica, ao longo das bainhas do nervo optico ou por via sanguinea, à similitude de uma especie de processo metastatico. Talvez que se trate de uma variedade de agentes desconhecidos até aqui, ou pelo menos de uma toxina ignorada que seria pathogena para o olho sómente, ou seria muito pouco activa para que pudesse constatar sua existencia por meios dos methodos actuaes (AXENFELD). Mas, accrescenta: Ha grande difficultade até aqui para interpretar a O. s. como affecção bacteriana.

A este respeito de germe já foi dito em outro logar o sufficiente.

Mas, pergunta-se. Como se transportarão os elementos infecciosos de um olho a outro, si não vão pelos nervos opticos? Appellou-se para a metastase (MACKENZIE, BERLIN), para a transmissão pelas anastomoses venosas faciae (MOTAIS) pelos vasos lymphaticos (LEBER). SCHMIDT-RIMPLER e PANAS disseram que a irritação ciliar prepara o terreno para a proliferação dos microbios que, depois de terem atingido o globo traumatisado, circulam no sangue. As experiencias, porém, não abonaram tais theorias.

Fallou-se em microbios invisiveis (RÖMER), e MORAX, convencido da etiologia microbiana, de uma infecção sympathica

especial á uvea, diz que a propagação se faz por intermedio da circulação sanguinea. Diz mais (Cong. Londres, 1913) que a theoria infecciosa da O. s., ainda que não demonstrada, satisfaz mais ao espirito.

A de SANTUCCI (*Annali de Ottalmologia*), sobre a theoria das cyto-toxinas, apezar de longas e laboriosas investigações, ainda não tem dados sufficientes, e o proprio autor é o primeiro a confessar.

A de ELSCHNIG (*loc. cit.*), merece um pouco mais de detenção. E' innegavelmente uma theoria engenhosa, posto que ousada pela extensão que se lhe quer dar, á falta de bases seguras, a da applicação da anaphylaxia á O. s.

Mas, conforme observa MORAX (Cong. Londres, 1913), nem um dos tres pontos esseenciaes para admittil-a estão provados — *a*) nem que um traumatismo ocular possa provocar uma reabsorpção da albumina uveal ou do seu pigmento (elemento activo este, segundo ELSCHNIG); *b*) nem que esta reabsorpção seja capaz de actuar sobre a uvea sã do olho opposto, em virtude de um processo de sensibilisaçao favorecido por um mal estar geral; *c*) nem que este mau estado geral possa ser reconhecido cedo, na ausencia de outros symptomas, pela indicanuria.

AXENFELD, na mesma occasião (XVII Cong. Intern. de Medicina, Londres, 6-12 agosto 1913), a proposito da *Keratite parenchymatosa pós traumatica*, diz que seria impossivel reconhecer ou conceber uma relaçao entre esta e os phenomenos anaphylacticos.

HIPPEN (v. GRAEFE's, *Archiv. f. Ophth.*, vol. LXXIX, 3 911), fazendo a analyse critica das pesquisas de ELSCHNIG, diz que suas observações não confirmam esta maneira de ver de ELSCHNIG.

KÜMMEL (mesma fonte que Hippel, vols. 77 e 79), porém, tambem acredita que a O. s. é devida á ação dos componentes de albumina destruida, mas conclue que a O. s. não é affecção bacteriana, juntamente com ELSCHNIG.

DEUTSCUIMANN (*loc. cit.*) ainda, nos seus ultimos trabalhos sobre a ophthalmia migradora, lymphangite propagada por continuidade ao longo dos dois nervos opticos, dá como causa da O. s. um microorganismo, admite a migração por via optica. Dez dias pelo menos, e muito mais na maior parte dos casos,

são necessarios para que a infecção ganhe o outro olho. Este microorganismo, ainda desconhecido, transporta-se de preferencia por via lymphatica.

— Ainda recentemente (*Archiv. f. Aug.*, Nov. 1916), v. SZILY, em seu trabalho "Die Anaphylaxie in der Augenheilkunde", fazendo a critica das experiencias de ELSCHNIG e SALUS, chegou a conclusões diferentes á destes autores, e considera ainda questão aberta, apezar dos aplausos devidos aquelles dois experimentadores, pelos novos caminhos abertos com as experiencias da immunisaçāo com o chamado pigmento ocular chimicamente puro.

Clinicamente, porém, aproxima-se muito, a meu ver, do que me parece a verdadeira pathogenia da chamada O. s., admitindo como um dos factores a anomalia do organismo em geral, e considerando a apparente successāo da enfermidade em ambos os olhos realmente accidental, além da noçāo, que já era adquirida, da identidade das duas especies de ophthalmia sympathica: — traumatica e espontanea.

*Diagnostico.* — A necessidade de dar ao traumatismo a exclusiva autoria da O. s., faz com que se use destas expressões: — Faz-se o diagnostico de irido-cyclite sympathica, todas as vezes que algumas semanas depois de um traumatismo, seguido de irido-cyclite chronica do olho ferido, sobrevem tambem no olho até então livre uma irido-cyclite para a qual não se encontra nenhuma etiologia e em particular affecção geral.

Isto quer dizer que si, a despeito do traumatismo, da irido-cyclite consecutiva, de todo o cortejo symptomatologico conhecido, tudo igual aos casos caracteristicos, inclusive a irido-cyclite do olho bom, se encontrou uma etiologia outra ou uma affecção geral, não se fará o diagnostico de ophthalmia sympathica. Por outras palavras, outros dizem que é preciso não suppor que toda inflammação sobrevindo em um doente com um dos olhos ferido, seja forçosamente de natureza sympathica, e que por vezes se tem attribuido a um processo de inflammação sympathica o que, realmente, derivava de uma infecção syphilitica.

Confessa-se, portanto, que ha casos, como atraç já se explanou, que correm perfeitamente parelhas, que se confundem de todo em todo, que se não houvesse o cuidado de pesquisar uma

etiology ou causa geral, ou se contentasse o clinico unicamente com a ação traumatica, ter-se-hia diagnosticado ophthalmia sympathica.

A mim se me afigura que por mais que os factos clinicos se imponham, abalando fundamentalmente todas as interpretações pathogenicas, ha um como apêgo ao papel tradicional do traumatismo para explicar por si só todos os casos.

E' de suppor, comtudo, que muito caso de O. s., perfeitamente diagnosticado como tal, tenha coexistido com qualquer causa geral, e sido desta a expressão.

Parece que por um *post hoc, ergo propter hoc*, foi depois do traumatismo, logo foi por causa do traumatismo, e pelo curto espaço, em geral, em que se reproduziram as lesões, se abandonou mais ou menos a pesquisa do estado geral.

Pelo menos, já em 1879 dizia RECLUS: "Vice radical, elles (les observations) ne s'occupent que de l'affection oculaire, en dehors de toute consideration rapprochée ou lointaine..."

De certa epocha a esta parte, porém, já se começa a admittir a influencia da causa geral, quando mais não seja para deixar patente que uma anomalia do organismo, em geral, tambem pôde produzir uma affecção que se confunde em absoluto com a O. s.

ELSCHEINIG, (loc. cit.) em autopsias de individuos com O. s. encontrou *nephrite e tumor cerebral, tuberculose, endocardite, carcinoma do ventrículo, meningite purulenta*, e ao edificar a sua nova pathogenia, admite para o apparecimento da O. s., além de um estado anaphylactico da uvea pela destruição dos tecidos, mais uma *anomalia do organismo em geral*, que pôde depender de uma enfermidade organica, como por exemplo, a nephrite, a diabetes, etc., de uma *autointoxicação* no mais amplo sentido da palavra, ou de alguma anomalia constitucional.

A propria medicação, embora empregada empiricamente, já denotava alguma cousa neste sentido. O mercurio, com o tratamento classico, o salicylato de sodio, a aspirina, a tuberculina e modernamente o salvarsan, específico, aproveitando nuns casos até a cura completa, após o apparecimento da O. s., e nouros não, estava a dizer que nos casos em que havia cura possivelmente actuavam como específico.

E uma reacção de W. + já não é motivo para que se deixe de fazer o diagnostico de uma irido-cyclite sympathica!

PANAS (Cl. ophth. 1899) encontrou metrites, cystites, etc., em summa, fócos de suppuração á distancia, dando logar á irrupção de ophthalmia sympathica, após a enucleação preventiva, e quando nada fazia suppor tal acommettimento, porque o segundo olho estava perfeitamente indemne até a occasião da operação.

— Conhecia a gravidade de uma ophthalmia-sympathica, se tem pensado em descobrir o signal que permitte, a tempo, saber si um olho está ou não ameaçado daquella inflammação analoga.

Apezar de se acreditar que a infecção é exogena, e entra com o traumatismo, que a transmissão se faz pela circulação local, que não se encontra na economia causa que explique a uveite sympathica, etc., faz-se appello ao exame do sangue, para qualquer descoberta, e a lymphocytose encontrada no sangue dos *sympathisados* pareceu que, precocemente verificada, seria o grito de alarme, o signal de ameaça.

Quanto a mim, julgo que em vez de discutir sobre a possibilidade de um *diagnostico* precoce da O. s., i. e., saber de antemão qual o olho que poderá vir a ser acommettido, quer pelo exame do sangue, no sentido da *lymphocytose* quer pelo *exame histologico*, que não pôde ser universal, porque nem todos fazem a enucleação preventiva, eu, imediatamente após qualquer traumatismo, por insignificante que seja, e sobretudo as lesões mais graves e serias, faço passar o meu doente por todos os exames clinicos e de laboratorio, á procura de qualquer causa geral.

E cada vez me convenço mais, á vista do resultado das minhas observações, que estou no bom caminho.

Por isto, penso que a questão da *lymphocytose* tem realmente valor. Tenho a *lymphocytose*, ou a *hyperlymphocytose*, tão frequente, aliás, em casos de O. s., como uma prova a mais, e de grande significação, de que a chamada O. s. não é sinão uma manifestação local de causa geral, provocada pelo traumatismo, que é o ocasional.

De facto, PURTSCHER e KOLLER encontraram sempre a lymphocytose em todos os casos de O. s., com a exclusão, dizem, de todos os mais casos da irido-cyclites de natureza variavel.

Curada a affecção ocular, diminuiria a lymphocytose. Nos casos em que a inflammação continua encoberta, a lymphocytose pôde durar annos.

GRADDLE achou igualmente na O. s. forte lymphocytose, que elle julga de grande importancia diagnostica.

Mas esta hyperlymphocytose é frequente nos *syphiliticos*, e ELSCHNIG, num individuo com *anomalia constitucional* encontra inflamação insidiosa, apparecendo a lymphocytose no sangue circulante, bem como lesões organicas.

Logo, lymphocytose ou hyperlymphocytose nos traumatismos, com inflamação encoberta ou declarada, na syphilis, nas anomalias constitucionaes. E, si não se encontra uma causa geral que explique a O. s. traumatica, a que vem esta lymphocytose?

— Quando mais não seja, é pelo menos mais um traço a ligar a chamada O. s. traumatica a ophthalmia sympathica espontanea e ás inflamações chronicas do tractus uveal, produzidas por infecções ou anomalias constitucionas. A syphilis, as anomalias constitucionaes, juntamente com o traumatismo, encobertas ou á mostra, explicam o que se convencionou chamar ophthalmia sympathica.

— Não se deverá igualmente esquecer, como signaes ainda da causa geral, as *manifestações extra-oculares*, encontradas na ophthalmia sympathica, ás quaes se tem ligado grande significação na interpretação pathogenica da O. s., as *cephalicas* mais ou menos violentas e independentes do estado de tensão do globo, e a *surdez*. PETERS (*Kl. Monatsb. f. Aug.*, 14º vol. Out. 1912, pagina 433) dá como conhecidos até aquella epocha seis casos de surdez completa ou parcial, passageira ou duradoura, aos quaes elle acrescentava mais uma, casos que, em geral, se explicam pela producção de uma meningite circumscreta do nervo auditivo, ou por acomettimento toxico deste nervo. A coincidencia das vertigens, vomitos, torna mais verosimil a hypothese da inflamação do *labyrintho*.

Parece que seria levar muito longe o raio de accão de um traumatismo ocular.

*Prognostico.* — Posto que considerado mau em mais de metade dos casos, pela cegueira que acarreta, admittem-se diversas graduações nesta irido-cyclite traumatica infecciosa.

Ha casos de pouca duração, os que apresentam a symptomatologia da uveite serosa, e que são de prognostico favoravel. Ha

de meia intensidade, desaparecendo os symptomas irido-ciliares após algumas semaas, com restabelecimento progressivo da visão até o *statu quo ante*. Todavia, são os menos frequentes estes casos, e mesmo depois de uma parada apparente, que poderia fazer pensar numa cura, novos accessos sobrevem, ás vezes em numero de 6-8 successivos, no espaço de seis mezes ou de um anno (MORAX). São as, *recidivas*.

E ainda os ha intensos, com baixa progressiva da visão, até a perda completa no espaço de algumas semanas.

Ora, ninguem desconhece que toda irido-cyclite (uveite), qualquer que seja a causa (não querendo falar na traumatica), é sempre grave, e si ha casos seguidos de cura completa, é preciso sempre esperar por possiveis complicações e observar os doentes por muito tempo.

Accresce que muitas vezes a causa, por mais que se a pesquiza, fique inteiramente occulta. Anda-se então ás cegas.

Em um dos numeros dos *Annales d'Oculistique* (Abril, 1913), lê-se que "Graças á liberalidade de um generoso philanthropo... será conferido um premio de 5.000 francos ao melhor trabalho publicado em 1914 relativo á etiologia, prophylaxia e tratamento das fórmas de irites, irido-cyclites e cyclites que não dependam da syphilis..."

Tém prognostico favoravel os casos raros em que uma O. s., começo por uma papillo-retinite.

A irido-cyclite traumatica, em relação a sua marcha e prognostico, anda por igual com a irido-cyclite em geral, qualquer que seja a causa.

*Tratamento.* — Considera-se como o melhor e mais seguro meio prophylactico a *enucleação* do olho sympathisante, como o unico capaz de impedir o apparecimento da O. s.

— Entretanto, não são raros os casos que provam que nem sempre a enucleação impede o acommettimento do segundo olho, *dentro das quatro ou cinco semanas* que se seguem á enucleação. Todos os citam.

Mas entre estes, são muito significativos os casos de PANAS, já referidos. Dou a estas observações grande valor, pelo modo porque encaro a pathogenia ou o mechanismo da O. s.

Num caso recente de RIDDER (*Ann. Oculistique*, 1911, VI),

o doente foi enucleado seis meses depois do accidente, por apresentar dores no globo ocular e na cabeça, do mesmo lado. Neste momento, o olho bom não teria apresentado nenhum symptomá doloroso ou de irritação, e o doente diz que as dores, a vermelhidão não apareceram sinão depois da enucleação do olho primitivamente lesado. A vista diminuiu lentamente. Foi, porém, um caso em que o emprego do salvarsan foi coroado de exito.

As explicações differem, e cada um procura esclarecer de acordo com a pathogenia seguida.

MORAX refere-se á longa incubação da infecção sympathica, outros dão como tendo sido a enucleação executada muito tarde.

RÖMER, apoiado na sua theoria da metastase, diz que se pôde admittir perfeitamente que durante muito tempo as bactérias que entram na circulação se podem conservar sem virulencia nos orgãos internos.

ELSCHNIG declara que não basta recorrer á enucleação do primeiro olho, mas é *preciso combater o estado geral por meio de oportunas medidas dieteticas*.

Pelo menos, por si só a enucleação não poderá fazer todo o papel. Ninguem, naquelles tristes transes, se poderá considerar absolutamente livre de qualquer manifestação para o olho bom, se confia unicamente na extracção do globo, e si não indagar do que vai de anormal pelo seu organismo.

A razão maior porque a maioria aceita a *enucleação como prophylactica*, é que por este meio ficam cortadas as vias de communication, não produzindo já o mesmo resultado a *nevrotomia ciliar, a nevrectomia optico-ciliar, a creneretração bulbar*. Não é, pois, sem certa surpresa que se propõem ainda hoje novas operações de substituição da enucleação. Tal é a aconselhada por I. K. ROUCHKOWSKI (An. Ocul. 1913), como processo operatorio inoffensivo, conservador e anti-sympathico, e que consiste na tenotomia dos 4 rectos, operação praticada em 3 casos na Clinica Universitaria de Kiew. O autor pensa que o estado favoravel desta operação sobre o olho sympathisado confirma a theoria vasculo-ciliar de S. RIMPLER. A operação tambem terá acção sobre o olho sympathisado.

— A operação da enucleação que, de facto, tem indicações de rigor, deve ser praticada pelos que a adoptam e aconselham

com muito criterio. Os que acreditam na irritação sympathica, como preludio da O. s., e operam systematicamente todos os casos, podem fazer operações absolutamente inuteis e prejudiciaes, porque ha casos em que aquellas perturbações, meramente funcionaes, cessam sem intervengão, outros em que se perde o olho sympathisado inteiramente e o sympathisante, com alguma visão util, é o que vem prestar algum precioso serviço ao doente.

A alternativa, realmente, é tremenda: não ha actualmente nenhum signal certo fazendo conhecer o momento em que uma cyclite pós-traumatica pôde tornar-se capaz de provocar a sympathia — logo, enucleação precoce; ha casos em que o olho sympathisado céga de vez, e o sympathisante é que vem prestar o auxilio da visão util — logo, a prudencia manda esperar.

Além disto, considera-se como o mais imperioso dos deveres a conservação de um olho lesado, mesmo quando cégo.

Ha, pois que restringir o emprego da enucleação, e só applical-o pezadas todas as considerações, por que a O. s., é rara, porque nem sempre a enucleação impede o apparecimento da O. s., porque nem toda a manifestação de um olho, cujo congener lesado, se ha de considerar sympathica, e, pois, pôde curar sem operação, porque ha casos em que a intervenção pôde agravar o olho sôlo, imediatamente depois de feita, e mais porque o olho sympathisante pôde ser afinal o unico resto de visão util, etc.

Em relação á enucleação, não se pôde ter opinião exclusivista — intervencionista ou abstencionista a todo transe, no que diz respeito á ophtalmia sympathica, como preventiva ou curativa.

Só em circumstancias muito especiaes se deve realizar a enucleação, — quando a medicação apropriada, especifica, nada tiver feito em beneficio do olho sympathisante, e este continuar em estado de irritação constante, dando logar a phenomeno de irritação reflexa para o 2º olho e embaraçando a função visual deste; quando existe um corpo estranho intra-ocular, causando dores, entretendo a inflamação; quando a visão estiver de todo e irremediavelmente perdida, e houver os mesmos phenomenos dolorosos, etc., etc.

Parece que se tem abusado extraordinariamente desta enucleação. Ha quem opere, como ficou dito, systematicamente

todo e qualquer olho lesado por traumatismo, seguindo á risca o preceito de GRAEFE: Antes fazer dez enucleações inuteis do que ser responsavel por uma só cegueira, e ainda ultimamente, nos traumatismos oculares observados na grande guerra, no exercito allemão (*Archiv. für Augenh.*, Nov. 1916, LXXXI, BAND, 3. n. 4 Heft.) esta tem sido a pratica — a da enucleação preventiva precoce, o que não impediu o apparecimento da O. s., em alguns casos.

Vá que em caso de duvida e em condições de urgencia assim se proceda. Mas, porque operar um olho que conserva certa agudeza visual? Um coto tranquillo, sem nenhuma reacção inflammatoria, absolutamente indolor, espontaneamente ou á pressão? Um olho que não deu nem dá reacção de qualquer especie para o Congenere? Um olho de que não se dá conta o dono?

Isto quanto á enucleação preventiva. *Depois de declarada a O. s.*, então a utilidade é posta muito em duvida, como é sabido.

DEUTSCHMANN cita casos de papillo-retinite do segundo olho, em que depois da enucleação sobreveiu a atrophia, onde elle acredita ver, segundo sua theoria, a coincidencia de uma papillo retinite toxica com a nevrite retrobulbar microbiana.

Tambem não impede as *recidivas*. Entre outros, casos de MORAX e FRIEBIS.

Quanto ao *tratamento geral*, sempre se empregou a titulo empirico o mercurio, debaixo de todas as suas fórmas, ora com resultados satisfactorios, ora sem elles. Seria o caso de indagar porque esta medicação aproveitava nuns casos e nouros não. AXENFELD diz que, em razão da gravidade do prognostico, de tudo se deve lançar mão para impedir o apparecimento da O. s., e aconselha que se empregue, antes da enucleação, as fricções mercuriaes, as doses elevadas de aspirina, as curas de sudação.

Modernamente se tem recorrido ao salvarsan, e alguns começam a se louvar do emprego desta medicação — SIEGRIST, num caso de recidivas frequentes, e da ultima vez sem exito com o mercurio. DR RIDDER (*loc. cit.*), num doente que melhorou consideravelmente por este meio therapeutico, CHAULOUS (*An. Ocul.*, 11º, 1913), felizes resultados com o salvarsan e neo-salvarsan.

Por outro lado, EILEISCHER (*Kl. Mon. f. A.*, Março 1911),

teve um caso em que a evolução não foi feliz, provavelmente devido a que a dose injectada foi insufficiente, ou a applicação muito tardia (um caso de um anno, outro de dois annos). FLEMMING (*Arch. f. Aug.*, vol. 78) tambem não obteve melhores resultados.

Outros começam a empregal-o como *preventivo e curativo* (THIBIERGE — cit. Chaillous, MORAX — *An. Ocul.*, maio 1913), em injecção endovenosa, sendo que o ultimo cita bons resultados obtidos com o 606, em dois casos de irido-cyclite sympathica, com W. +. Quanto ás injecções preventivas, não tem elle ainda numero de casos sufficientes para se poder pronunciar sobre o valor de tal pratica.

Ha tambem observações curiosas de BERNHEIMER, que julga que se não deve sacrificar inutilmente um olho com parcella funcional utilisavel, e dá observação pessoal em que as injecções de *tuberculina*, continuadas por muito tempo, exercerem influencia salutar sobre o olho sympathisado, e TERRIEN, em dois casos de O. s. em creanças lymphaticas e estrumosas, obteve excellentes resultados com uma cura de tuberculina combinada com a enucleação.

Lembrando-se da observação de BERNHEIMER, OHLEMANN (*Arch. f. Aug.*, T. LXVI, fasc. 1, março 1912) pergunta si os individuos accomettidos de O. s. não serão tuberculosos latentes, e STOEWER, (*Arch. f. Aug.*, T. LXXIII, fasc. 2 e 3, fev. 913) diz que em certas condições, a irido-cyclite dupla traumatica ou pós-operatoria de origem bacillar pôde fazer crêr em O. s., e as injecções de tuberculina permittem estabelecer o diagnostico, ao mesmo tempo que constituem um agente therapeutico util...

Pôde-se considerar méra coincidencia, que medicações específicas actuem tão favoravelmente? Ou não se torna perfeitamente admissivel, que o traumatismo actuando alternativamente num terreno syphilitico, num terreno tuberculoso, num terreno lymphatico... dê logar ao mesmo quadro morbido, como acontece em geral, e obrigue á medicação específica?

Vae-se a pouco e poucoclareando o caminho, e daqui a algum tempo, segundo penso, é possivel que a O. s., perca de vez o seu caracter alarmante, de gravidade especial, para ficar no pé de egualdade com as outras irido-cyclites, tão graves e alarmantes como ella.

Apezar dos bons efeitos destas medicações, porém, ainda os autores e observadores fallam ou pensam na especificidade do traumatismo.

SIEGRIST, por exemplo, entrevê a possibilidade de um parentesco entre o *treponema* e o agente *infeccioso* da *O. s.*, tendo obtido excellentes resultados com o salvarsan, porque encontrou uma irido-cyclite, cujos caracteres — hypotonia, evolução rapida — junto á ausencia de qualquer antecedente específico lhe fazia pensar num irido-cyclite sympathica... como si em todas as manifestações syphiliticas se podesse sempre reconhecer o antecedente, e mesmo o diagnostico serológico não falhasse muitas vezes, como si a medicação específica não permittisse o diagnostico *ex-juvantibus*, como si fosse uma manifestação ocular incompativel com a syphilis. Appellar para o desconhecido, para o hypothetico, uma affinidade microbiana, quando parece mais consentaneo com os factos clinicos a ligação da affecção á lues!

Mas é, como disse, o amor á tradição: traumatismo, infecção exogena, ausencia de anomalia constitucional ou de causa geral = *ophthalmia sympathica*.

Do quanto até aqui se disse, resulta:

a) Não é condição absolutamente necessaria, ou condição *sinc qua* para a producção da *O. s.* (embora seja a mais frequente) o traumatismo perforante (communicação com o exterior), porque não só outros traumatismos (sem comunicação com o exterior), bem como outras causas que não o traumatismo (tumor intra-ocular, p. ex.) também a podem provocar. Além de que ha admittida a *ophthalmia sympathica spontanea* ou *idiopathica*.

b) Nem sempre a uveite traumatica reproduz a uveite sympathica (posto que seja o caso mais commum), porque outras localisações oculares sympathicas se têm observado.

c) Não é só a uveite traumatica que reproduz a uveite sympathica, porque uma canterisação ignea preventiva, sem nenhuma reacção inflammatoria para o tractus uveal, a provoca.

d) Nem sempre é a infecção (exogena, acompanhando o ferimento), como pensam os autores, que tem influencia decisiva sobre a inflamação sympathica. Si assim fôra, os casos

de panophthalmia deveriam ser mais frequentemente seguidos de O. s., e só excepcionalmente o são.

e) O traumatismo mesmo aseptico (operatorio) pôde chegar á O. s.

f) A etiologia microbiana ainda não pôde ser demonstrada, apesar de todas as esmeradas pesquisas. E' peremptoriamente negada por uns, posta em duvida por outros, admittida com mais ou menos entusiasmo por terceiros.

g) Embora a região ciliar, pelas condições anatomicas especiaes, como a parte mais vascularizada do olho, seja naturalmente o caminho que mais facilmente conduz ás inflamações ou localisações inflamatorias, traumatismos de outras regiões tambem podem chegar ao mesmo resultado.

h) Nem toda perturbação ocular, sobrevindo em um olho bom, tendo sido o outro lesado por traumatismo, deve ser considerada como sympathica, ou sob a dependencia do primeiro olho ferido.

i) Traumatismos perforantes da região ciliar podem cicatrizar regular e rapidamente, sem jamais causarem alterações para o olho bom.

j) E' felizmente rara a ophthalmia sympathica, e tanto é considerada O. s. a que aparece duas semanas depois do traumatismo, como a que sobrevem 40 annos depois.

k) Admitte-se de longa data e renova-se agora uma O. s. espontanea ou idiopathica, e uma O. s. traumatica, perfeitamente confundiveis debaixo do ponto de vista clinico e anatomo-pathologico.

l) A anatomia pathologica nos dois olhos sympathisante e sympathisado é analoga, e não differe da das inflamações chronicas do tractus uveal, em geral.

m) O diagnostico de irido-cyclite sympathica é diagnostico de probabilidade, porque nem clinica nem macroscopicamente se lhe pôde verificar a especificidade. Nunca pôde haver certeza absoluta.

n) Como qualquer outra affecção, a O. s. reincide, uma e mais vezes.

o) Nem sempre o prognostico é fatal, como tambem não é mais grave do que o das irido-cyclites communs, com causa manifesta ou sem causa apparente, não traumaticas.

p) A enucleação nem sempre previne o apparecimento da O. s., mesmo praticada a tempo, e a que se pratica nos casos de O. s., declarada é de utilidade duvidosa.

q) O tratamento geral, embora empiricamente feito, e empregando medicações específicas de infecções conhecidas, aproveita em muitos casos, e a mesma medicagão, feita com conhecimento de causa, dá resultados seguros.

r) Para o apparecimento da O. s., já se admite, fundando-se em reiterados estudos experimentaes (ELSCHNIG) que dois factores são necessarios, e um delles uma anomalia do organismo em geral.

s) A pathogenia, a despeito do maior interesse votado ao seu estudo por todos os observadores, ainda permanece obscura, posto que, no meu entender, já mais proxima da verdade.

Novos caminhos, entretanto, precisam ser percorridos, e tentadas novas interpretações.

Um mesmo traumatismo, produzido por instrumento perfurante, na séde de *noli-me-tangere*, na região ciliar, na zona perigosa, ora cicatrisa regular e rapidamente dentro de poucos dias, ora dá logar a inflammação local, que se cura sem que jamais se manifestem quaesquer perturbações no outro oculo, analogas ou não, ou apenas perturbações reflexas, como as que se encontram communmente desenvolvidas no segundo oculo sob a influencia da molestia do primeiro oculo — photophobia, epiphora, perturbações asthenopicas, etc. ; ou perturbações funcionaes, de ordem um pouco mais intensa — e chamadas indevidamente de irritação sympathica — com dôres, photophobia, lacrymejamento, blepharospasmo, embargo da visão com ou sem estreitamento do campo visual, o que tudo bem se pôde considerar como hystero-traumatismo local, mas que, como é de prever, desapparecem sem deixar traço. Este mesmo traumatismo, nas mesmas condições, quer o ferimento seja septico, quer não (operatorio, com todas as cantelas da pratica) e depois de ter produzido logo após a irido-cyclite traumatica, vem reproduzir esta mesma affecção algumas semanas depois de sua ação, ou então 20, 30, 40, 60 annos após. E quando se compara a sua marcha clinica, as suas modalidades, o prognostico, a anatomia pathologica, vê-se que ellas, as cyclites traumaticas, não têm especificidade alguma, pois se confundem de todo em

todo com as outras cyclites, e que, como estas, tem seu fundo lueticos, tuberculosos, gottoso..., e se curam, empiricamente ou por acaso, e especificamente, quando para isto se dirige a attenção, com o salvarsan, com o mercurio, com a tuberculina, com o salicylato de sodio, etc. ,

Corpos estranhos introduzidos na zona ciliar ficam impunemente 15, 20 annos sem reacção, em certos individuos. Em outros, é a causa mais segura das reacções locaes e sobre o congener.

Parece, portanto, que ante manifestações tão differentes, ora absoluta ausencia de reacção da parte do olho, ora meras perturbações funcionaes, ora nevroses, ora reacções de diversas modalidades e gradações, desde a mais simples á mais grave, o que varia é o terreno em que se desenrola o traumatismo, o que differe é o modo pelo qual o tecido responde á lesão, desde que o traumatismo é o mesmo.

Nunca se tendo podido demonstrar, pelo menos até agora, a existencia de um germe específico, por maior que tenha sido o interesse dos observadores e o esmero e aprofundamento dos exames, germe que penetraria por occasião do traumatismo; e á vista dos casos de O. s., com traumatismo sem comunicação com o exterior, etc. etc., é demasia, ao que parece atribuir valor exclusivo, valor *per se* ao traumatismo, a tal ponto que mesmo coincidindo com causa geral conhecida deixa-se de diagnosticar O. s.

Para trazer um exemplo geral, tambem durante muito tempo se considerou o alimento como o unico causador das perturbações gastro-intestinaes das crianças.

Mas, quando se observou que o mesmo alimento, dado a outras crianças, era perfeitamente tolerado, começou-se a pensar e provou-se com segurança, que a causa estava numa anomalia constitucional da criança, na diathese lymphatica, no terreno, portanto, e se poz de lado a primitiva idéa.

Não se pôde esquecer o individuo, onde se produzem os efeitos, ou onde se desenvolvem estes phenomenos, onde se desenrolam estas scenas, as predisposições individuaes, as infecções, as intoxicações, as anomalias constitucionaes, do metabolismo, etc., etc.

Um hordeolo, uma conjunctivite de certa intensidade, dão logar nos lymphaticos a violentas reacções, a infarctos ganglionares. Em individuos normaes, passam sem a menor reacção para este lado.

— Comecei a considerar o traumatismo como factor ocasional, excitante, provocador, accessorio, secundario, e que por si só não seria capaz de produzir affecção ocular sympathica, ou mesmo inflammatiō local. Está visto que não me poderia referir ao trabalho de reparação ou regeneração dos tecidos, após o traumatismo puro, e tendo dito affecção sympathica não quero fallar na perda do olho por infecção exogena, ou pela gravidade, extensão do traumatismo, destruição dos tecidos necessarios á vida e á função do organo.

Isto independe de qualquer estado morbido ou constitucional.

Mas, actuando por si ou pelos seus efeitos deprimentes sobre um olho em condições de receptividade ou sobre um organismo predisposto, o traumatismo despertará, provocará, accentuará affecções locaes ou geraes, e o olho, dada a sua qualidate de organo lesado, de resistencia naturalmente diminuida, fornece excellente meio nutritivo ás bacterias (ou suas toxinas) que por acaso circulem no sangue, ou que figuram em qualquer ponto do organismo, á distancia, no caso de infecções existentes, ou o traumatismo augmentará os efeitos das intoxicações, ou fará surgir as nevroses, etc., etc.

— A objecção que se costuma fazer, quando se pensa em ligar o traumatismo ao fundo geral, é que pessoas *inteiramente saudáveis* tiveram O. s. Mas, este estado de *perfeita saude* precisaria ter sido absolutamente documentado, e com a declaração de que foram exgottados todos os recursos da clinica e do laboratorio. Mas, ainda assim, ficaria de pé este argumento que justamente muitas affecções inflammatorias da uvea são produzidas de modo endogeno, sem ser precedidas de molestia alguma, ou sem que se possa encontrar a existencia de nenhuma outra enfermidade geral, de *causa totalmente obscura*, porque não se há de crer que a affecção subsista por si mesma, sinão que a causa, por subtil, escapou aos nossos meios de investigação actuaes. Ausencia de causa não quereria aqui dizer saude perfeita.

Entretanto, casos em que a O. s. foi precedida de mal estar mais ou menos pronunciado, os muitos casos em que apareceu como motivo de alguma enfermidade infecciosa — escarlatina, sarampo, angina, etc., as observações de PANAS já citadas, as de ELSCHNIG, nas quais a autopsia revelou diversos estados morbidos orgânicos, a keratite parenchymatosa pós-traumatica, as irido-cyclites pós-operatorias, as curas por medicação específica, etc., tudo isto prova muito e muito.

— O facto da localização mais frequente da O. s. na uvea, em relação a outros pontos do globo ocular atacados, vem também em auxílio deste modo de pensar. Assim, nas molestias infecciosas, os microorganismos ou suas toxinas em circulação no sangue encontram no tractus uveal condições favoráveis de localização — sendo que na meningite epidemica, na gripe, nas infecções geraes septicemicas e pyohemicas a cyclite pôde ir até a degeneração, com o chamado falso glioma. O traumatismo, em tais casos, viria favorecer e facilitar ainda mais a localização.

Já a nevrite optica, nestas mesmas molestias infecciosas geraes agudas, não é muito frequente, como é rara também na chamada ophthalmia sympathica.

Na tuberculose, que sabidamente se manifesta no olho debaixo dos mais variados symptomas, a iris pôde apresentar erupções de tuberculos, typicas, e o corpo ciliar pôde ser acometido de modo agudo ou chronico, bem como a choroide. Muito frequentemente são observadas as cyclites serosas, as chorio-retinites disseminadas.

Como factor etiologico das cyclites, são ainda apontadas as affecções dos orgãos motores, o rachitismo, a diathese rheumatismal, (irite autotoxhemic, PUTLER), o lymphatismo, a escrofulose.

Dão igualmente lugar ás irites e cyclites as molestias de nutrição, (perturbações do metabolismo), a diabetes a gotta (diathese urica).

A syphilis do mesmo modo, também se localiza na uvea, adquirida ou hereditaria, quer nos estados de sua evolução secundaria e terciaria, naquella de preferencia, as irites e irido-cyclites, as chorio retinites diffusas, as opacidades do vitreo, as neuro-

retinites; quer na hereditaria — keratite parenchymatosa, diversas formas de irite, chorio-retinites, atrofias do óptico.

Ainda as intoxicações gastro-intestinaes são causas de uveite.

— Não se ha de concluir daqui que todo traumatismo ocular, actuando num individuo portador de qualquer destes estados citados, venha a terminar sempre pela chamada O. s. Tudo estará sujeito ao momento etiologico, ás circumstancias especiaes que, de occasião, rodeiam cada caso.

O traumatismo lesando o olho e diminuindo a resistencia, o abalo nervoso que em alguns casos determina um traumatismo ocular com perda do organo, um individuo já preparado pela sua constituição nervosa, ou mesmo habilitado pelo choque em si, a fadiga excessiva, etc., e mais um fundo morbido, são circumstancias que muito facilmente podem conduzir a uma O. s.

E' a predisposição, a receptividade morbida, que junta a um factor determinante dá logar ao ataque, á localisação morbida.

Veja-se o glaucoma, por exemplo. Tal individuo, como uma excitabilidade anormal de seu sistema vascular, um neurasthenico, ou um diabetico, ou um gottoso com sua anomalia de refracção, por exemplo, pôde sob a influencia de uma forte emoção ou de uma depressão physica, de uma grande fadiga, de um excessivo trabalho visual vir a ter uma accesso de glaucoma. Um olho, que se preparou durante alguns dias, com instalações reiteradas de myoticos para a diminuição da tensão, tem esta tensão fortemente aumentada por occasião do acto operatorio, que pôde ir até a hemorrhagia expulsiva. Citam-se ataques de glaucoma num olho bom, enquanto se operava o primeiro.

E' a predisposição latente, acordada no momento pela excitação psychica.

E o que vale a emocio, mesmo em gente não predisposta, dil-o a observação da grande guerra actual, sobre a neurose-traumatica, sob a ação dos grandes obuses explosivos, seu traumatismo corporal, nas manifestações hystericas typicas do olho, espasmos dos musculos oculares, em doentes que... *grosse, kräftige Leute waren, die früher niemals an einem Nervenleiden gelitten hatten* — gente forte, e que antes nunca tinha tido affecções nervosas. — *Archv. f. Augenheilkiunde, Nov. 1916.*

— A interferencia de uma causa poderosa nestes casos tem toda a razão de ser. Na *hemeralopia*, pude observar frequentemente que, a despeito da má alimentação, das más condições de luz, da verminose intestinal, etc., não apparecia a cegueira crepuscular, mas tão depressa si juntasse o alcoolismo, o paludismo..., apparecia a hemeralopia.

— Si já normalmente nestes estados de hysteria e hystero-traninatismo sobrevem facilmente a fadiga, funcionamento ocular defeituoso, hyperesthesia da conjunctiva e da cornea, amblyopia, amaurose, estreitamento concentrico do campo visual, diplopia monocular, polyopia, etc., pensemos agora quando sobrevem o traumatismo. Póde-se avaliar o que significa, em qualquer circunstancia, e qualquer que seja a condição do individuo, a perda de um olho, ou pelo menos um traumatismo grave e serio, que tenha acarretado grande baixa da visão. Todos nós, oculistas, somos testemunhas da afflição dos doentes em taes casos, do estado de constante apprehensão em que ficam, pensando na possivel cegueira de ambos os olhos. Ou então, em certas classes do povo, no que diz respeito á manutenção da vida, o efecto de uma molestia prolongada de um dos olhos, o estado de irritação constante, as perturbações reflexas para o outro, tudo o que concorre, em summa, para apprehensão do espirito, e para as depressões moraes e physicas.

Haja uma causa qualquer em latencia, e aproveitará esta oportunidade, esta diminuição de resistencia para se implantar no olho bom, desenvolver a inflammação.

— Não é o "resfriamento" tambem um conhecido factor da metastase de agentes morbidos latentes em qualquer parte do corpo? Quem incriminaria hoje o resfriamento só por si? Haja vista o chamado antigamente pleuriz á frigore, com grande derrame, symptomas geraes, febre... Foi durante muito tempo o frio a causa invocada. Depois é que se viu que era devido a verdadeira auto-infecção latente.

Pensando deste modo, não me parece necessario appellar para a "adaptação especifica de bacterias, e afinidades electivas dos productos microbianos para determinados componentes do protoplasma".

— Tudo se passa, pois, como nos casos communs. Não se precisava recorrer á circulação local, para estabelecer o cami-

nho da infecção de um olho para outro, como foi e é escopo de todas as theorias pathogenicas, chamadas de transmissão, visando sempre o caminho mais curto entre os dois olhos — pelo recalcamento das veias, transmissão pelas anastomoses venosas, faciaes, propagação pelos vasos lymphaticos, sangue venoso, sangue arterial, quando não eram mais os nervos ciliares e o nervo optico e suas bainhas.

A circulação geral é o verdadeiro caminho. E o mesmo DEUTSCHMANN, querendo provar a sua theoria migradora, provou afinal, que o transporte dos germens encontrados no segundo olho se fazia pela circulação geral, porque só nos casos de infecção generalizada, em que todos os órgãos continham micro-organismos, é que se encontrava os mesmos microbios no segundo olho.

— A bilateralidade e analogia das affecções é ainda uma prova. Chama-se *sympathica a keratite parenchymatosa* que aparece no segundo olho algum tempo depois do primeiro? E o glaucoma? E a cataracta? E todas as inflammaciones analogas? E a ophthalmia sympathica espontanea (irido-cyclite idiopathica) não está egnalada para todos os effeitos á ophthalmia sympathica traumatica?

— A successão dos phenomenos oculares na chamada O. s., analogos ou não, não passam de mero acidente, a meu ver.

— A medicação já vae tendo carácter específico, e o facto de se reconhecer que pelo menos nos casos em que a reacção de W. é + o salvarsan aproveita, já é de grande alcance, quando antes seria motivo para excluir a idéa da O. s. Como sempre acontece, vem o exagero, e já se usa o salvarsan a titulo preventivo.

O mesmo direi da tuberculina e do salicylato de sodio, empregados especificamente.

— O fracasso da enucleação, como meio preventivo, veio em auxilio do meu modo de pensar. E o valor do argumento está na explicação que cada autor de pathogenia procura dar ao facto. Mas os casos são bem significativos. Cortadas a tempo as comunicações entre os dois olhos, quando nada fazia prever o aparecimento da O. s., quando a visão estava intacta, quando se suppunha que se ia prevenir com segurança a O. s., aparecia esta. E se verificava, pelo exame clinico geral, presença de fó-

cos de infecção á distancia, e, pois, transmissão por intermediação da circulação geral.

— Ainda ha outros factos. As vezes, muitos annos depois de um traumatismo, um olho ferido, e durante todo este tempo sem inflamação e sem reacção, si recebe um pequeno *traumatismo occasional*, este pôde reaccender a inflamação (que estava ainda certamente incubada, dizem os autores) e provocar talvez assim uma O. s.. Viria este olho, si não tivesse recebido o segundo traumatismo, a produzir a O. s.? Como quer que seja, ficou em condições meioprágicas, e o segundo traumatismo, mesmo pequeno, sem perforação, pôde ser capaz de reproduzir a O. s... .

Causa ocasional em olho predisposto.

— *Aridectomia*, que é um traumatismo, nos casos de iridocyclite sympathica, já declarada, (e mesmo em outras) si não é feita com cautela, e si não é praticada muito tempo depois de extintos todos os phenomenos inflammatorios, pôde reaccender a inflamação. Nos casos communs, de etiologia conhecida, só depois que se amainam todos os symptomas, por força do tratamento, e algum tempo depois, quando já não ha mais receio que o agente causador da primitiva inflamação volte a exercer a sua acção, é que se pratica a operação da pupilla artificial.

Logo, não só pelo traumatismo em si, tanto que a mesma iridectomia, feita em outras condições, não prejudica. Portanto, outro factor, outro elemento deve coincidir naquelle momento para contrariar o efecto da operação, e este elemento não pôde ser sinão a infecção geral, que removida pela medicação apropriada, favorece a situação.

— Como explicaríamos nós as irites ou irido-cyclites, simples ou exsudativas, pós-operatorias, alguns dias depois da extacção da cataracta feita em condições de perfeita asepsia, estabelecida a cicatrisação pelo retalho conjuntival e pela cornea, e praticados os curativos nas mesmas circumstancias de rigorosa technica? E são graves, ás vezes, estas *irido-cyclites infecciosas pós-operatorias*, não só pela duração das perturbações, como pelos exsudatos que determinam no campo pupillar no corpo vitreo, como tambem, dizem os observadores, porque (o que as torna particularmente temíveis) se podem propagar ao outro olho e dar lugar á ophtalmia sympathica.

Ora, aqui está o traumatismo aseptico, intervindo na iris ou no corpo ciliar, dando logar ás vezes 10 dias depois da operação, (quando tudo está cicatrizado, e sem communicação com o exterior) a phenomenos inflamatorios, de menor e maior gravidade, curando-se numa a duas semanas, ou durando muito tempo, dando logar á occlusão e seclusão pupillar, e podendo terminar até pela ophthalmia sympathica. Mas que infecção é esta, si tudo é feito nas melhores e mais cuidadosas condições de asepsia, si nada existe na visinhança, si do *exterior* não pôde vir o mal, e, entretanto, pôde dar logar á O. s.? Sim, porque o que está geralmente admittido é que a infecção é exogena, e penetra no momento do traumatismo perforante.

O mecanismo é o mesmo, a meu ver. E' o traumatismo favorecendo a localisação de infecções ou diatheses. Já a cataracta diabetica, cataracta constitucional typica, é de prognostico um pouco menos favoravel do que as outras, por causa da tendencia á irite, e o diabetico já é, por sua natureza, um homem menos resistente do que o são. Só se opéra um diabetico, digamos assim, depois que não é mais diabetico, ou que se submetteu a regimen apropriado, durante bastante tempo.

— Certos factos ocorridos em alguns doentes meus, operados de cataracta com os mais meticulosos cuidados da technica operatoria aseptica, e que, entretanto, vieram a ter complicações para o lado da uvea, irites, irido-cyclites obrigaram-me a particular attenção no estudo destas complicações.

A., por exemplo, operado de cataracta, após exame geral e local, tinha 3 dias depois um ataque classico de gotta; sobre veiu-lhe a irido-cyclite dolorosa, com crises de exacerbação nocturna, occlusão e seclusão pupilar. O tratamento geral apropriado junto ao regimen especifico, continuados por muito tempo, conseguiu, não sem grande trabalho, cortar os efeitos e permitir meses depois nova intervenção com exito relativo.

Na maioria dos casos, sempre encontrei uma causa que me pareceu responsavel, e que a medicação conveniente vinha confirmar grande numero de vezes.

ANGELUCCI, estudando os desastres pós-operatorios nos operados de cataracta, que classifica de *phlogose ocular pós-operatoria*, provocada ou favorecida por outras infecções, encontrou para explicá-los a arterio-esclerose senil dos rins, o rim arthritico

com ligeira albuminuria, o diabetes no periodo dystrophico, com albuminuria e glycosuria quasi nullas, a gotta acompanhada de perturbações digestivas...

Hoje, e ha muitos annos, em qualquer caso de traumatismo accidental ou cirurgico, e principalmente em qualquer caso de intervenção operatoria da iris, sobretudo nos cataractados, submetto os meus doentes a rigoroso e completo exame geral, que reputo indispensavel, quer clinico, quer de laboratorio, com vistas ao estudo do sangue, de urina, reacção de W., reacção á tuberculina, affecções coexistentes, bronchites, anomalias do metabolismo, molestias infecciosas chronicas e latentes..., e estabelecimento da medicação e dos regimens.

E assim, pesquisando systematicamente todos estes casos, a principio só nos de O. s. declarada, e depois em todo e qualquer traumatismo accidental ou operatorio (nestes ou após a operação e suas complicações ou prevenindo por meio medicamentoso), creei a interpretação de que por emquanto, só me tenho que louvar pela tranquilidade e segurança com que dentro de todos os possiveis e conscientes recursos da practica ophthalmologica, enfrento estas oportunidades clinicas, de que venho tratando.

Este problema gyra em torno de circumstancias muito complexas, e obriga a muita ponderação, antes de qualquer sentença. E em Medicina, todo o criterio ainda é pouco para as exigencias da verdade clinica.

— Mas, mesmo em oculistica, ha factos que autorisam a pensar de accordo com o que reputo que pôde explicar o mecanismo da chamada Ophthalmia sympathica.

São conhecidos os casos de *keratite parenchymatosa traumatica*, atravez dos diversos observadores. Os tratados registram-n'os.

GUILLERY (de Colonia, *Kl. Mon. Bl. f. Aug.*, Maio 1905), falla do traumatismo como causa accidental de uma enfermidade constitucional de um olho, e opina que um traumatismo pôde causar uma ophthalmia especifica (p. e. *keratite parenchymatosa*), num individuo predisposto, e que até o outro olho pôde enfermar em seguida, porque o traumatismo ajuda o desenvolvimento dos microbios ou das substancias toxicas no olho, segundo já acceito para as affecções tuberculosas.

ANTONELLI, (Soc. Fr. Opht., Maio 1910), viu-a em individuos com *lues congenita*, provocada pela extracção de corpos estranhos da cornea, em 4 casos, uma semana depois do traumatismo. Em outro doente, com *syphilis adquirida*, um traumatismo da cornea provocou uma irite com formação de granulos na borda superior do circulo pupilar. Operado de iridectomia, apresentou irido-cyclite grave, que necessitou enucleação.

SWEET pensa que não é duvidosa a apparição da keratite intersticial depois de ligeiro traumatismo, em individuos com *syphilis hereditaria ou tuberculose*.

MOHR falla em *keratite parenchymatosa* com traumatismo e *reacção de W. +*, e ZENTMAYER, num caso de keratite parenchymatosa por ferida contusa.

TERRIEN diz que em certos casos de keratite parenchymatosa bem verificados se pôde chegar á conclusão de que o traumatismo era factor causal da molestia da cornea.

LACOMPTÉ (Rev. gen. oph., 1912, 2º sem.) cita um caso de keratite parenchymatosa heredo-syphilitica, numa menina de 15 annos, após extracção linear da cataracta, num dos olhos, e dois meses depois apparecimento da inflamação no segundo olho.

KAGANOW, (Kiew, arc. oph., jan. 914) em 40 casos de keratite parenchymatosa encontrou 4 vezes o traumatismo como provocador da inflamação.

ARMAIGNAC traz á collecção um caso de keratite parenchymatosa de aspecto sympathico depois de um traumatismo do olho: queimadura da cornea, seguida de inflamação parenchymatosa, e logo após lesão similar no segundo olho.

É facto que deste como dos demais casos até agora referidos não faço o inventario completo do que existe em literatura ophthalmologica, mas dou o que me pareceu sufficiente para apoiar o meu modo de pensar.

— Ha um caso de MORAX, (An. Ocul., T. CXLVIII, 1912) que elle qualifica de *ophthalmia para sympathica*, affecção rara produzida por *corpo estranho*, fragmento de palha, que permaneceu em um *ferimento da cornea* durante oito dias, produziu ulceração da mesma, formando-se poucos dias depois no angulo irido-corneano nodulos de aspecto gommoso. Tres meses depois, practica-se a iridectomia optica, e alguns dias após manifesta-se cyclite no outro olho. A analyse bacteriologica do humor aquoso,

dias depois da lesão, e a da iris foi negativa quanto a germe infeccioso.

— Si agora passarmos á pathologia medica geral, são ainda conhecidos os effeitos do traumatismo sobre os *neoplasmas*, ou provocando o apparecimento do tumor ou determinando um accesso ou marcha mais aguda na evolução do tumor; sobre as *affecções visceraes*; sobre as *articulações*, aggravando as arthopathias existentes; sobre a bolsa testicular, revelando imediatamente a existencia de uma epididymite infarctada de nucleos tuberculosos; no rheumatismo, provocando com facilidade, na articulação uma reacção inflamatoria caracteristica de typo agudo, nas intoxicações, exagerando por exemplo os effeitos habituaes do alcoolismo agudo ou chronico, como no *delirium tremens*, etc., etc.

Da hysteria já se fallou quanto á influencia do traumatismo, não só nos predispostos, como na ausencia de qualquer târa nervosa, em individuos fortes, sob o influxo (nesta guerra actual) do barulho dos terríveis engenhos de guerra, explosivos, granadas, obuzes, etc., e *sem nenhuma lesão corporal*.

Nos *syphiliticos*, um traumatismo pôde dar logar á formação de uma perda de substancia, que em individuos sãos facilmente se restauraria, mas que naquelles se chronicaria, resistente a todos os tratamentos locaes, e só cura com o auxilio da medicação especifica. Nelles ainda, o traumatismo pôde fazer nascer uma gomma, uma periostose.

E assim por deante.

Mas o que até aqui está dito basta em apoio e justificação da grande lei geral da ação reciproca das causas morbidas entre si, a que não podia escapar o traumatismo.

Elle age sobre as molestias geraes ou locaes, creando um logar de menor resistencia ou de fraqueza geral do organismo. Actúa como causa adjuvante de infecções, de intoxicações e de outras, despertando as antigamente chamadas propathias, já existentes ou anteriores.

Donde, estas duas grandes noções geraes: a) a da existencia de causas de localisação, ao lado de diversas outras causas de molestias — noção importante de etiologia geral; b) a da especificidade da resposta feita por cada orgão ou organismo a um traumatismo mesmo banal.

— Tem todo o fundamento a hypothese de que o traumatismo, em geral, pôde despertar infecções latentes, quer em patologia medica, quer em ophthalmopathologia.

Venham agora os exemplos de clinica medica, perfeitamente provados.

Um *tuberculoso* recebe um *traumatismo na cabeça* (quêda quasi sempre), tem uma meningite serosa tuberculosa, e morre em seguida. E' um caso corrente, e as observações são inumeras.

Outro tem uma *tuberculose pulmonar* por *contusões violentas ou repetidas do thorax*, do que ha tambem inumeras publicações.

O *pleuriz traumatico* tuberculoso está nas mesmas condições.

E assim por diante.

Ora, trata-se em todos os casos de traumatismos sem solução de continuidade, contusões mais ou menos violentas e repetidas, portanto nas quaes não havia a infecção exogena específica.

Seria facil de comprehender e aceitar que um homem em estado hygido *antes de um accidente*, podesse receber a inoculação da tuberculose por occasião do traumatismo. Isto não teria o menor valor, está visto. Mas, fallo daquelles individuos que, apparentemente sãos até o momento do traumatismo, ou não revelando clinicamente nenhum symptoma que fizesse suspeitar a tuberculose, receberam um traumatismo e logo depois se mostraram tuberculosos.

Não se pôde nestas condições, deixar de estabelecer uma relação de causa a efecto. Seria possivel que sem este factor talvez não ocorresse o phenomeno.

Ha casos mais interessantes ainda. Os clinicamente registrados e diagnosticados como de tuberculose em estado de latencia ou actividade, *nos quaes o traumatismo deu lugar a nova localização*.

E os de tuberculose latente e local, tornada manifesta no ponto do traumatismo (peiora do fóco tuberculoso inactivo).

Casos todos estes, como foi dito, registrados e observados.

Ora, a tuberculose preexistia ao traumatismo, mas não se revelava clinicamente, era latente, inactiva, torpida, lethargica;

ou então já existia, registrada e diagnosticada clinicamente, e o traumatismo atraiu-a, por assim dizer, para o ponto lesado, localisou-a, patenteou-a; ou já existia em certo ponto, debaixo da forma latente, e o traumatismo, actuando justamente neste ponto, peiorou, accendeu este fóco tuberculoso inactivo.

A tuberculose já existia antes do traumatismo. O organismo, na sua totalidade ou em algum dos seus órgãos especialmente, a alojava, oculta ou manifesta, latente ou activa. Mas tudo corria em silencio. Vem o traumatismo, revela o que estava oculto, accende o que estava apagado, e activa o que estava inactivo ou força a maior trabalho o que pouco mostrava de si.

O traumatismo entrou aqui como causa ocasional, como factor excitante. Mas prova-se que *por si só* (sem inoculação) elle não crearia a tuberculose, si esta já não existisse, e a tuberculose, sem a influencia deste novo factor (ou de qualquer outro — fadiga, frio, etc.) poderia continuar a sua vida silenciosa e apagada.

Começou então a interpretação do phénomeno clínico. Dizer simplesmente que o ponto lesado tornou-se logar de menor resistencia, era certo, mas dizia muito pouco, e não satisfazia as necessidades e as exigencias actuaes de sciencia.

O sistema circulatorio seria bem o caminho que conduziria a lesão bacilar ao fóco traumatico, distante daquella, e o virus circulante iria assim se transportando de um ponto a outro, de um tecido a outro differente, de um orgão a outro, de um ganglio ás meningeas, e assim seguidamente.

Nos casos de tuberculose manifesta com lesão local: a) o traumatismo que ahi directamente actuasse mobilisaria os germens, e os disseminaria á distancia; b) ou então os germens em via de migração eram localisados no ponto lesado pelo traumatismo, e revelava-se a tuberculose já existente, mas oculta.

Isto para explicar aquelles casos em que nenhum signal clínico permittia reconhecer a tuberculose, só depois revelada aos nossos meios de investigação, graças ao traumatismo. Sendo o caso mais frequente, é tambem o de interpretação mais delicada, e de explicação mais difficult. Vejamos.

— Circulando na massa sanguínea, os germens, no momento do traumatismo, sahem dos vasos com o sangue que delles estravasa e dá logar ás ecchymoses, infiltrações, hematomas.

Localisam-se no fóco da contusão, da atricção, e encontrando nos tecidos lesados e derramamentos sanguineos e lymphaticos meios favoraveis á nutrição, ahi pullulam e se desenvolvem.

— Os diversos orgãos — medulla ossea, pulmão, meningeas contém em estado latente, de parada de desenvolvimento, em reserva germens ahi levados outr'ora pela circulação e depositados. As lesões insignificantes por elles produzidas são inacessíveis aos meios de investigação clinica, e é o traumatismo que exaltando mais ou menos violentamente a actividade do germe o põe em evidencia nos seus effeitos.

Como os mais microbios, o bacillo da tuberculose está tambem sujeito ás leis de disseminação, organisação e localisação em certos tecidos de predilecção.

Circulando no sangue, (e é o ponto melindroso) seria preciso que a passagem delles no ponto lesado coincidisse justamente com o momento em que actúa o traumatismo, o que é difficult de se realisar e de aceitar. Ou então, depois de ter circulado, admittir que estejam de antemão fixados e em estado de latencia, quando se deu o traumatismo. E, finalmente, que foram trazidos ulteriormente, quando as consequencias tardias do traumatismo estão ainda em condições de retel-os e fixal-os.

De qualquer modo, o traumatismo traz á *tona* a tuberculose, que se não revelava clinicamente, embora existente em estado torpido.

E, applicadamente, a outras infecções.

De proveitosa leitura sobre o assumpto são os trabalhos de VILLEMIN (Paris), 1900, e FR. v. FRIEDLAENDER (Vienna), 1900.

Estas difficultades levaram á experimentação, mas a ultima palavra não foi dita, embora dos resultados experimentaes se tenha tirado algum proveito.

— Traumatismos nas articulações, em animaes infeccionados pela tuberculose, foram seguidos de affecções tuberculosas, das articulações (SCHÜLLER, KRAUSE).

Nas experimentações de KRAUSE, já duas semanas depois da infecção directa da articulação, aparecia o edema da articulação, e quatro a cinco semanas depois o fungus; e numa infecção intravenosa, com traumatismo immediato, era preciso uma duração de incubação de tres semanas.

Mas, por sua vez, LANNELONGUE, ACHARD, FREDERIK HONSELL, nunca observaram o facto (experimentalmente fallando) após traumatismos, mas observaram localizações independentes do traumatismo.

Comprehende-se, porém, que as condições em que fica um tecido lesado para receber uma infecção circulante, são do molde a localizar com mais facilidade a infecção neste ponto.

Todavia, poder-se-ha dar ou não ás experimentações actuaes todo valor, poder-se-ha discutir periodicamente si os bacilos da tuberculose circulam constantemente pelo sangue dos tisicos, ou não circulam. Poder-se-ha aceitar ou negar alternadamente que nas contusões, os bacilos que circulam pelo sangue se agrupam ao redor do fóco contuso, porque encontram circumstâncias favoraveis para o seu desenvolvimento; ou que si no fóco contuso se encontram bacilos livres, e que antes se achavam nos vasos lymphaticos ou sanguineos, foram passivamente depositados no ponto em que o vaso lymphatico foi contundido, ficando assim interrompida a via de transporte, mas não activamente.

Falhe a experimentação, por enquanto, ou não satisfaça ainda a explicação theorica, o facto clinico fica sempre de pé, sem que se o possa negar. Portanto, verdadeiro. Sempre a contusão pôde dar logar ao desenvolvimento da tuberculose, ou porque alcance um fóco tuberculoso activo, com desenvolvimento lento, ou porque impilla mechanicamente germens tuberculosos para os vasos sanguineos destroçados pela contusão, determinando metastases, ou porque attinja um fóco tuberculoso encapsulado e latente, e rompa imediatamente a capsula ou provoque no interior do fóco uma inflamação, com cujo desenvolvimento se rompa a capsula ou se funda com o pus, ou porque, extraordinariamente raro, a contusão faça penetrar no interior os bacilos da pelle...

*Mutatis mutandis, quanto á syphilis, etc.*

Para applicação ao caso da O. s., posto que o traumatismo seja perforante, nunca se provou a existencia de qualquer germe conhecido, específico, sinão germens de suppuração, que jámais poderiam produzir as lesões inflammatorias do tractus uveal. Até hoje nada foi revelado como germe especial, appellando-se até para os germens invisiveis, ou então para as toxi-

nas, além de que em casos de ferimentos asepticos, como os operarios feitos em escrupulosas condições, tambem se chegou a observar a O. s..

Sendo assim, ficam equalados uns e outros pelas lesões dos tecidos, rupturas internas, contusões, attricções, extravasamentos sanguineos, isto é, meios de cultura favoraveis á pullulação das infecções, etc.

A handwritten signature in black ink, reading "Alfonso C. Faria", is positioned in the lower right area of the page. The signature is fluid and cursive, with "Alfonso" on the left and "C. Faria" on the right, separated by a small vertical line.

# **ULCUS GASTRICUS E TABES DORSUALIS**

PELO

PROF. AGENOR PORTO



## ULCUS GASTRICUS E TABES DORSUALIS

Na vasta tela das doenças com substracto anatomico no tubo digestivo, avulta pela frequencia e variegada symptomatologia — o ulcus gastrico.

Muito embora o espirito clinico se esmere na analyse cuidadosa dos signaes que o descobrem, nem sempre alcança expungir as duvidas que velam o diagnostico. Ulceras ha que desde logo se trahem por vivas esterioridades; outras, mais modestas, exigem minucias de exame e apenas se deixam suspeitar, criando serios embaraços á conclusão de uma formula diagnostica precisa; outras, finalmente, em sigillo caminham para a cura, quando não põem em grande risco a vida, que chegam a arrebatar pela perfuração ou hemorrhagia.

Em qualquer dessas eventualidades, o medico não se pôde mais fiar dos seus dotes naturaes de observação, obrigado a socorrer-se da radiologia, unica á altura de reconhecer a lesão, de estancial-a, de informar como lhe reagem os tecidos e, assim, apontar a intervenção therapeutica, cuja technica dita e cujo exito lhe é licito antecipar.

O seguinte caso, que escolho dentre meia duzia por mim ultimamente estudados, merece a pena de um registo especial.

O Sr. Madruga aqui chegou, vindo de longinquuo estado do Norte, para tratar-se de uma espondylose que lhe entrava os movimentos da columna cervical. Guiado a famoso consultorio, foi-lhe aconselhada, á vista da historia da doença, ratificada pela reacção de Wassermann, a continuidade do tratamento mercurial, já em uso desde alguns mezes. Decorridos douis dias dessa consulta, ao vestir-se, pela manhã, inesperadamente sentiu que se lhe turvava a visão, cahindo prostado. Chamado a assistil-o, encontrei-o desfalecido, exanime, com evidentes indícios de forte hemorrhagia interna: evacuações alcatroadas abundantes denunciavam a ruptura de volumoso vaso. A custo

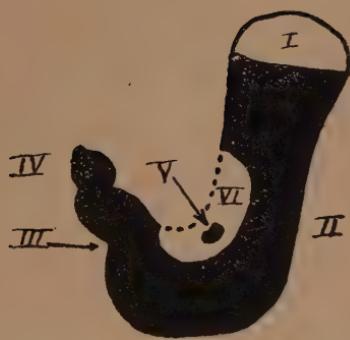
consegui que recobrasse forças. Posto em condições de mais apurado interrogatorio, a anamnese apenas accusou blenorragia aos 14 annos e infecção syphilitica aos 20. Recorda ter padecido de gastralgias, melhoradas pela ingestão alimentar — hunger pain —, que, por modestas, não exigiram conselhos clinicos.

Não lhe quebrasse o vigor a anemia que paulatinamente se instalára e não se accentuasse o emperramento das vertebras cervicaes, não faria o sacrificio de tão longa viagem em busca de sabias indicações medicas. Assim fallava, certo de que lesão nenhuma seria descoberta em seu organismo. Aprimorando o exame do apparelho digestivo, onde se deveria abrigar a fonte da forte expoliação que soffreu, apenas constatei um ponto doloroso na fossa iliaca esquerda. A função gastrica perfeita, alimenta-se bem, appetite conservado, não se lamentando de gastralgie em qualquer das phases da digestão gastro-intestinal, nem ao ingerir bebedas alcoolicas e geladas, taes o vinho e a cerveja, que consomme abundantemente. A completa ausencia dos signaes subjectivos se casa com a dos objectivos, a apalpação e a percussão nada instruindo quanto ás condições somáticas do apparelho gastro intestinal, além de certa espessidão do colon descendente, endurecido e doloroso. Os demais orgãos revelam regular funcionamento, com excepção do sistema nervoso, do qual mais avante fallarei.

De acordo com o exposto, conjecturei uma ulcera assentada no intestino e, para melhor salvar o diagnostico e servir á intervenção cirurgica, conduzi o doente ao gabinete de radiologia do Dr. Roberto Duque Estrada, onde, com surpresa, se verificou uma ulcera callosa, que lançára raizes na pequena curvatura, expandindo-se até o antro pylorico. A despeito de assignalar o illustre collega um ponto doloroso no colon descendente, nada digno de nota ahi localisaram os raios röntgen.

O eschema a seguir, mais instrutivo que qualquer descrição, destaca o grave accomettimento da pequena curvatura gastrica.

Senhor agora do diagnostico, á mais severa arguição sujeitei o doente, visando encontrar na historia pregressa delle um symptom que translusisse a destruidora lesão gastrica, mas do depoimento obtido só se deduz que ha cerca de tres annos se



Eschema da localização  
da úlcera callosa





Ulcera da pequena curvatura



queixou de gastralgia, tão modesta, que não exigiu intervenção therapeutica.

Eis, pois, um caso que insinua alguns commentarios.

A ulcera da pequena curvatura longe está de uma affecção despida de interesse; partilha da sorte das demais lesões das paredes gastricas, patenteada por um rosario de symptomas, alguns tidos por indispensaveis, como as hemorrhagias, as algias, os vomitos, as modificações da secreção chlorhydropepsica, ausentes todos, numa solidariedade rara, na nossa observação. Si nem sempre todos os expoentes da corrosão gastrica se apresentam á analyse clinica, excepcional é que pelo menos um delles não desponte, incitando novas provas que concorrem para a elaboração do diagnostico. No caso vertente, friso bem este ponto, nem um só symptom ou signal desafiou a minha attenção e a de outros mais habeis para o exame da estructura gastrica, apparentemente incolume.

Ao envez da hematemese, a melena que a substituiu, por pouco não ceifa a vida do doente. Chega a suprehender a tolerancia da mucosa gastrica, consentindo na extravasação de tão grande quantidade de sangue sem reagir pelo vomito sanguineo e franquiendo-lhe a passagem para o intestino, em desacordo com o que é banal observar-se.

As hemorrhagias consideraveis indicam a ruptura dos grossos vasos e agem sobre o estomago como um emetico, determinando-lhe o esvaziamento (Ewald).

A gastrorrhagia, indice precioso, ás vezes unico, da ruina da bolsa gastrica, seja qual for a localisação do ulcus, justifica o erro em que incorri, desamparado de outros pontos de apoio, que de relance relembrarei.

A dôr, que frequentemente acossa os doentes, é um dos factores do diagnostico — não só da lesão como do sitio onde se aninhou. Como impressão subjectiva, relaciona-se com as phases da digestão, ora despertando, ora se aquietando logo após a ingestão alimentar, quando não se faz notar tardivamente; amenisando-se no decurso da primeira hora, por vezes recrudescendo além de tres ou quatro. Essa chronologia não é, entretanto, rigorosa, mas lhe dão relevo certos clinicos, dentre os quaes Moy-nhan: "estou tão convencido do *time-element* nos casos de ulcera gastrica e duodenal, que de ha muitos annos accentuo sua

significação: si a dôr não se faz demorar, a ulcera se assesta de certo no estomago, provavelmente na pequena curvatura; si irrompe entre uma e duas horas, está no antro pylorico; si, mais tarde, decorridos duas ou tres horas, no duodeno". Embora os estudos notaveis do physiologista Hertz abonem as regras traçadas pelo habil cirurgião inglez, a correlação da dôr com os periodos digestivos comporta excepções, algo perdendo do seu valor semiologico. No caso de que me occupo, o doente lembra ter soffrido ha já tres annos de gastralgia, sob o typo de dôr de fome (hunger pain), aliás benigna, mais commum á ulcera duodenal que á gastrica. Depõe ainda no reconhecimento do ponto onde se aloja a ulcera a irradiação da dôr que, na corrosão da pequena curvatura, se diffunde na direcção do 6º espaço intercostal esquerdo, imitando a nevralgia intercostal, ou abarcando a area esplenica, simulando a esplenalgia, para findar á altura das tres ultimas vertebras dorsaes, muito sensiveis á pressão. Interessante é amenisar-se posto o doente no decubito lateral esquerdo, para recrudescer, quando a pressão manual se exercita profundamente abaixo da orla costal esquerda, nas amplas inspirações. No caso vertente, implantada na pequena curvatura e attingindo o antro pylorico, a algia precoce e demorada se deveria mostrar, precoce pela sede inicial da lesão e demorada por ter compromettido o antro pylorico, cujos espasmos a accentuariam. A dôr, entretanto, se opfuscou por completo; não dispontando espontanea, tampouco se objectiva, quer no epigastro, quer na rota dos intercostos, quer á pressão esternal ou vertebral, mostrando-se alheia a toda e qualquer manobra propedeutica. A carencia de symptomas vae além: os vomitos — que frequentemente se emparceiram com a gastralgia, as gastrorrhagias — que de commum ocorrem, a syndrome dyspeptica — que sóe mascarar a lesão gastrica, a sialorrhéa — havida como bom elemento de localisação, todos estes valiosos factores escaparam á minha argucia e á de mais destros profissionaes.

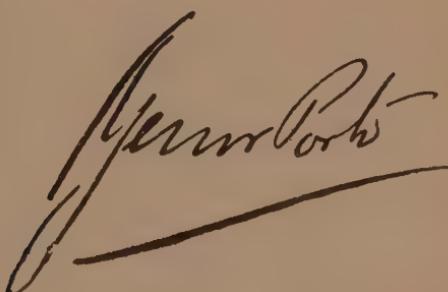
E por que tal aconteceu?

A singular ausencia dos symptomas gastricos, incompativel com a natureza, sede e estensão do ulcus, induziu-me a indagar da função nervosa, logo á primeira vista precaria pelo testemunho da immobilidade pupillar á acção luminosa. Igual-

mente abolidos se revelam os reflexos rotulianos, apezar de não se surprehender desordem no andar. Em apparencia excepcional, a observação que commento apenas curiosa se torna, agora que se conhecem as profundas perturbações da sensibilidade visceral na tabes dorsualis. Ainda na phase pre-ataxica de sua evolução, caracterizada sómente, dentre os signaes classicos, pelos de Westphal e Argyll-Robertson, já graves perturbações da sensibilidade profunda consentiram que a ulcera agasalhada na pequena curvatura se ampliasse e aprofundasse, com intensa reacção dos tecidos, até a formação de uma cratera de bordas callosas, em via de degeneração maligna, na absoluta inconsciencia do doente, que se julgava no pleno goso de suas vias digestivas. A degeneração das fibras do vago-sympathico, banaes na tabes, explica o motivo de, por longo tempo, passar despercebida a lesão gastrica, até que a ruptura de calibroso vaso exigisse a prova radiologica, sem cujo auxilio impossivel se tornou a confecção do diagnostico.

E, assim, a tabes que, sem ferir directamente o corpo gastrico, por intermedio dos paroxismos vasculares cria a mais espalhafatosa syndrome — crise gastrica tabida — sabe tolerar em silencio os mais serios insultos á integridade do estomago, graças á degeneração dos filetes vago-sympathicos.

Valia a pena frisar o facto e outro não é meu intuito redigindo a presente nota.

A handwritten signature in cursive ink, appearing to read "Argyll-Robertson", is written over a single horizontal line. The signature is fluid and personal, with a large, expressive initial 'A'.



## **SOBRE A LEISHMANIOSE TEGUMENTAR**

PELO

**PROF. EDUARDO RABELLO**



## FORMAS CLINICAS DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR

A existencia de manifestações cutaneas da leishmaniose era desde muito admittida entre nós, atravez de vasta synonimia: — *feridas bravas, botão da Bahia, bouba brasiliiana*, etc., mas o contraste definitivo só se tornou possivel apóis a demonstração de leishmanias nas ulceras de Baurú, feita em 1909 por Lindemberg e por Carini e Paranhos.

Naquella época foi verificada a preseñça do germen pathogenico nas lesões cutaneas ulcerosas, unicas conhecidas, e, assim, a nova doença teve a denominação muito adequada de leishmaniose ulcerosa, proposta por Lindemberg.

Já então fôra notada a relativa frequencia com que doentes portadores de ulceras eram, contemporaneamente, accommettidos de lesões nas mucosas do nariz e da boca, mas apenas suspeitada a sua intima correlação.

Um pouco mais tarde, em fins de 1910, demonstrou Splendore a presença das leishmanias nas lesões acima referidas, integrando com a descripção clinica, o quadro de uma molestia causada por aquelles parasitas e que affectava o tegumento cutaneo e o mucoso.

De outro lado, no que concerne ainda ás manifestações cutaneas, foram sendo verificadas diversas formas nos ulcerosos, aliás já conhecidos de antigos autores, como, por exemplo, Poggioli.

Do exposto se deduz com clareza que a expressão: — leishmaniose ulcerosa, *maximé*, se referindo sómente a lesões cutaneas, por insufficiente, já não servia á designação de tal complexo morbido e, foi assim pensando, que propuzemos a denominação — leishmaniose tegumentar, hoje geralmente acceita pelos autores nacionaes.

Logo apôs ensaiamos a classificação das suas formas clínicas, buscando elementos não só na observação propria como tambem em outros subsidios, principalmente brasileiros.

Nossas primeiras ideias nesse sentido, si bem que enunciadas alguns mezes antes, foram publicadas em 1913, na these de A. Neves, por nós orientada.

Alli nós dividiamos a leishmaniose em visceral ou interna e tegumentar; esta ultima, em cutanea, mucosa e mista ou cutaneo-mucosa, podendo ainda a fórmua cutanea apresentar uma modalidade ulcerosa e outra não ulcerosa.

Mais tarde, na communicação que fizemos a 2 de Julho de 1914 á Sociedade Franceza de Dermatologia, apresentámos as mesmas divisões e, mais, scindimos a fórmua não ulcerosa em papillomatosa e vegetante. Hoje, considerando as descripções de outros e melhor observado, fazemos diversas ampliações, que dão do assumpto a nossa opinião actual, como se vê do seguinte quadro.

## LEISHMANIOSSES

TEGUMENTAR	
<i>Cutanea</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ulcerosa . . . . . { impetiginoide. ecthymatoide. ulcerosa franca.</li> </ul>
<i>Sub-cutanea</i> (pro parte)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não ulcerosa . . . . . { nodular — dermica. vegetante . . . . . { framboesoidé. verrucosa.</li> </ul>
<i>Mucosa</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não ulcerosa ou vegetante . . . . . { Incluindo localizações isoladas ou não, nas mucosas da boca, pharynge ou larynge; mais raramente na tracheal ou conjuntival e em regiões para-mucosas como a glande e folha interna do prepucio. Reveste quasi sempre o tipo naso-buco-pharyngéo.</li> </ul>
<i>Mixta</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incluindo combinações variáveis das formas acima descriptas.</li> </ul>
<i>Visceral</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kala-azar indiano.</li> <li>Kala-azar infantil.</li> </ul>

Antes de justificarmos a classificação acima, convém considerar duas outras que foram propostas respectivamente por A. da Matta e Escomel. Augusto Cerqueira, que para sua these de doutoramento escreveu um magnífico trabalho sobre leishmaniose tegumentar, não apresentou propriamente uma classificação, mas apenas a descrição das formas e variedades clínicas sem pretender legal-as por um critério taxinômico.

A classificação de A. da Matta foi publicada em Setembro de 1915 no *Brasil Médico* e reproduzida no anno seguinte no n. 7 do *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*.

Não deixa de ser curioso que, na publicação feita no *Brazil*, A. da Matta se referisse logo em começo ao nosso nome como tendo proposto apenas a denominação — leishmaniose tegumentar, e adoptasse, sem citar a origem, quasi toda a nossa classificação, por aquella data já duplamente publicada aqui e na Europa; mais curioso é ainda que no *Bulletin de Pathologie Exotique* publicasse A. da Matta uma classificação que reproduz as nossas divisões e sub-divisões, deprehendendo-se, todavia, da leitura do trabalho, que já então nem uma só vez nos cita, que ella lhe pertence como propria.

A outra classificação proposta, de Escomel, divide a sua "leishmaniosis americana de Laveran e Nattan Larrier", do seguinte modo:

Fórmas cutaneas...	Ulcerosa.
	Não ulcerosa ou papulo tuberculosa.
	Atrophica.
	Lymphangitica.
Fórmas mucosas...	Circinada, com leishmania flagellada.
	Sem solução de continuidade com a pele (a semelhança do B. do Oriente).
	Com solução de continuidade (apparencias de blastomycose).

Nota-se no trabalho de Escomel que na subdivisão da forma cutanea não foi seguido tanto quanto possível um critério uniforme, pois ao lado da forma ulcerosa, de outra não ulcerosa e ainda de outra atrophica, faz figurar a forma lymphangitica e

outra circinada, adoptando num caso o criterio anatomo-pathologico e noutro o criterio anatomo-clinico da disposição em circulo. O proprio auctor declara que nas duas ultimas subdivisões se tratam tambem de lesões ulcerosas, num caso tomando a fórmá circinada e noutro seguindo mais ou menos a direcção dos lymphaticos; quem lê, entretanto, tem a noção de que, para se seguir o mais possivel o mesmo criterio taxinomico, ambas deviam estar incluidas na fórmá ulcerosa, sendo apenas, conforme o caso, uma subdivisão desta.

Em relação á fórmá não ulcerosa, Escomel considera apenas uma variedade, que chama tambem papulo-tuberculosa, e não cita os casos de leishmaniose dermica ou nodulos de Leishmann; além disso, a expressão papulo-tuberculosa, a nosso vêr, não comprehende bem todos os casos, sendo melhor considerar mais de uma variedade, como fazemos na nossa classe das cutaneas vegetantes.

Pela descripção não podemos fazer um juizo seguro do que elle chama fórmá atrophica; no Brazil temos visto alguns casos que poderiam, talvez, ser por ella tomados, mas que nada mais são do que a revivescencia da lesão ou a sua inoculação sobre uma placa atrophica de cicatriz de uma ulcera anterior.

Sobre a fórmá circinada, do mesmo modo, temos grandes duvidas, por isso que já vimos muitas vezes lesões leishmanioticas ulcerosas descreverem circulos e arcos de circulo, sem nellas acharmos parasitas flagellados; será mesmo difficil explicar a affirmação de Escomel, quando diz que a circinação é feita pelos flagellos do parasita. Tambem julgamos impropio dizer-se que a lesões circinadas correspondem parasitas flagellados, pois em dermatologia aquelle aspecto é muito frequente fóra da presença de taes germens, como resultante aliás de outras causas.

Na divisão das fórmas mucosas, busca aquelle auctor elementos no estado de continuidade ou contiguidade das lesões com a pelle, dados que não têm real importancia diagnostica e não differenciam as lesões por si mesmas, como fazem os caracteres morphologicos.

Na nossa classificação, depois de considerar como facto mais geral a localisação nos tegumentos e nas partes internas do organismo, dividimos as lesões tegumentares em cutaneas, sub-cutaneas e mucosas.

Vem seguida a diferença mais commumente observada, e que se baseia no caracter ulceroso ou não. A' fórmia cutanea ulcerosa, correspondem as variedades impetiginoide, ecthymatoide e ulcerosa franca, que por si mesmas se definem.

Na classe das não ulcerosas fizemos duas chaves, comprehendendo na primeira a variedade dermica, ou nodulos de Leishmann, descriptos por Thompson e Balfour. Esta fórmia não foi ainda verificada entre nós, pois Augusto Cerqueira, que diz della ter visto tres doentes na Bahia, classificou as lesões de sub-cutaneas, quando, de facto, aquelles nodulos não são, segundo Thompson, senão dermicos. Os casos Cerqueira ficariam assim incluidos entre as lesões que chamamos sub-cutaneas, apresentando adiante as photographias do unico caso que até hoje vimos, e que nos foram obsequiosamente cedidas pelo Prof. Rego Lopes, que o estudava.

A outra chave das lesões cutaneas não ulcerosas tem duas rubricas: framboesoide e verrucosa.

A primeira forma corresponde a verdadeiros papillomas, absolutamente comparaveis aos do *pian* e que não devem ser confundidos com ulceras de fundo vegetante, muito communs na leishmaniose.

Chagas suppõe ter visto e descripto pela primeira vez essa fórmia papillomatosa no Amazonas; trata-se ahi de um equivoco, pois antes delle o Prof. Terra, na Sociedade Brasileira de Dermatologia, já se tinha ocupado daquella fórmia clinica, como rara entre nós, apresentando douz doentes. A photographia annexa, provinda de um destes doentes, cujas lesões foram tambem reproduzidas a côres no ultimo trabalho de D'Utra e Silva, deixa a questão absolutamente fóra de duvida.

Para terminar a apresentação das fórmias cutaneas, resta referir a verrucosa, que como o seu proprio nome o indica, corresponde a verdadeiros papillomas corneos, quasi sempre situados nos membros, sobretudo inferiores.

Fizemos uma classe das lesões sub-cutaneas, porque como taes podem ellas permanecer largo tempo, conservando ainda, o mesmo caracter durante a regressão pelo tractamento; mas,

como em certos casos a ulceração secundaria traz a participação da pelle, fizemol-a hypodermica *pro parte*.

A divisão das fórmas mucosas foi feita ainda sob o criterio da presencia ou ausencia de ulceração; nelloas consideramos uma variedade vegetante e outra ulcero-vegetante com localisação nasal, bucal, naso-buco-pharyngéa, laryngéa e tracheal.

Em geral nos casos antigos quando a doença mais se incrementou, é commum se ver o compromettimento de diversas mucosas contiguas, dando em resultado a fórmia naso-buco-pharyngéa ou mesmo laryngéa e tracheal. Nestas condições o processo é mixto: já ulceroso no nariz onde as lesões são mais antigas, é primitivamente vegetante nas outras mucosas que, com o tempo, podem apresentar pontos ulcerados. Foi para estes casos que estabelecemos a denominação ulcero-vegetante.

Não obstante, vêm-se algumas vezes referencias ás lesões das mucosas considerando-as ulceras, e pôde-se achar estranho que descrevamos fórmas não ulcerosas; esse modo de ver repousa entretanto, não só na meticulosa analyse clinica das lesões, como tambem no cotejo dos exames histologicos.

E' condição necessaria na pelle e nas mucosas o desapparecimento da camada epithelial, em toda a sua profundidade, para que comece a haver ulceração. Ora, pelo que se vê macroscopica e microscopicamente tal se não dá em muitos casos de lesão bucal, buco-pharyngéa ou mesmo laryngo-tracheal, ao menos nos primeiros tempos da doença, as vezes muito protrahidos.

Entretanto, nos casos mais antigos, com localisação naso-buco-pharyngéa ou mesmo buco-pharyngéa, existe um processo mixto, ulcero-vegetante: comece a infiltração no chorio mucoso, exteriormente protegido pelo espesso epithelio gengival e palatino e este, no fim de algum tempo, fica mais ou menos desaggregado pelas cellulas de infiltração, estabelecendo-se ulcerações secundarias em certos pontos.

Justificadas com as palavras acima as bases da nossa classificação das fórmas clinicas da leishmaniose tegumentar, passemos a descrevel-as.

Quaesquer que sejam as feições que tenham de tomar as manifestações cutaneas e mucosas ,excluidos os casos excepcionaes em que o tegumento mucoso é primitivamente lesado, a

doença se desenha em quadro uniforme, até que, chegando ao periodo de estadio, evolue no sentido de uma ou outra fórmā clinica.

E' classico considerar tres periodos na fórmā cutanea da leishmaniose: o de inicio, que termina pela formação do botão cutaneo, apôs um periodo de incubação variavel, o de estadio, em que se estabelece a ulceração e o de regressão, em que ella se cura. Conhecidas agora variedades não ulcerosas e fórmās mucosas que não apresentam essa evolução typica, é necessario considerarem-se os factos sob o novo ponto de vista.

Assim é que, aparecendo a lesão cutanea, quasi sempre primitiva, estabelece-se com ella o primeiro periodo da doença que vai até a phase chamada do botão, constituido por uma lesão papulo pustulosa ou nodular. Deste ponto em deante, é que começa a differenciação: — ora, a pequena lesão papulo pustulosa, isolada ou multipla, se ulcera dando origem ás fórmās ulcerosas, ora não se ulcera fazendo nascer as variedades nodulares e vegetantes. Outras vezes ainda a lesão cutanea, por um processo ou por outro, se propaga ás mucosas e temos ahi representada a fórmā tegumentar integral ou cutaneo-mucosa. A esta regra fazem excepção os casos rares de localisação mucosa primitiva, nos quaes, pelo menos, não tem sido possivel verificar a inoculação cutanea anterior.

Na pelle a lesão inicial é uma mancha vermelha seguida de formação papulosa ou papulo-pustulosa, bastante pruriginosa, o que explica a auto-inoculação do virus pela coçadura. Quasi todos os doentes referem que a pequena lesão sobrevem no local de uma picada de insecto apôs uma incubação variavel de muitos dias e mesmo meses.

A' medida que aumenta a infiltração, num prazo incerto, de alguns dias a dois ou tres meses, constitue-se um nódulo, com uma pequena pustula no vertice, pustula que se rompe, formando-se uma crosta mais ou menos adherente. Vae por esse caminho a lesão evoluindo para a fórmā cutanea ulcerosa e, nesta phase do processo inflammatorio, a necrobiose dos tecidos na parte central, junta á induração que apresenta o nódulo á palpação, dá-lhe o aspecto dum furunculo.

Se o processo ulceroso progride pouco em profundidade, ficando mesmo numa simples exulceração, teremos a fórmā *im-*

ESTAMPA I



Fig. 1  
Fórmia impetiginoide



Fig. 2  
Fórmia ecthymatoide com lesões  
multiplas



Fig. 3  
Fórmia ecthymatoide



Fig. 4  
Fórmia ulcerosa phagedenica



*petiginoide*, da qual podemos apresentar a reprodução na photographia n. I, tendo sido um outro caso reproduzido a cores no ultimo trabalho de D'Utra e Silva, estampa 29, figura 2. Nestes casos a pequena lesão se propaga em superficie, aparecendo algumas vesico-pustulas que se rompem, dando formação a crostas impetiginosas e, levantadas estas, verificaremos a presença de exulceração, como nos casos de impetigo.

Esta fórmica clínica pôde aparecer uniformemente num dado caso de lesões cutaneas ou, ao contrario, ao lado de lesões cutaneo-mucosas doutro tipo; em certas condições, como num dos primeiros doentes que observámos com Gaspar Vianna, as lesões podem ser multiplas e sobretudo extensas, formando largas placas exulceradas, ás vezes mesmo de dez centimetros de diâmetro, cobertas de crosta melicerica.

As manifestações impetiginoides constituem as lesões mais superficiaes da fórmica ulcerosa; podem se conjugar, todavia, não só a manifestações mucosas, como observamos num caso, mas ainda a outras modalidades cutaneas.

A fórmica *ecthymatoide* reproduz, como a palavra está dizendo, mais ou menos o ecthyma; o processo ulceroso ganha em profundidade e em extensão, corrói por fusão purulenta todo o nódulo, resultando disso uma ulcera de tamanho vario, quasi sempre não passando de dois a cinco centimetros de diâmetro com bordas edematosas, vermelho escuras, de contorno orbicular. O fundo é coberto de crosta amarelo-sujo, ás vezes mais escura, quando houve extravasação de sangue e, afastada aquella, velo-emos coberto por um exsudato purulento, que, se fôr retirado deixará ver a sua superficie vermelha, irregular, coberta de pequenas granulações rubras que sangram facilmente. Outras vezes não se trata de um exsudato francamente purulento, mas sôro-purulento e em casos raros, simplesmente seroso; nestas condições muda o aspecto da crosta que fica menos espessa e mais clara, podendo mesmo em ultimo caso não existir, apresentando-se o fundo da ulcera vermelho e granuloso, coberto de leve camada serosa mais ou menos concretada, tomando á luz obliqua aspecto brilhante, como se fôra envernizado.

Nas proximidades desta primeira ulcera e mesmo em pontos afastados, outras lesões aparecem e, ou tomam o aspecto de ulceração ecthymatoide ou evoluem para fórmica mais grave, que

chamamos ulcerosa franca. Essas lesões são quasi sempre multiplas, contando-se ás vezes por dezenas, tal como se pôde ver na figura n. II. Como na precedente, a fórmia ecthymatoide pôde se complicar pela propagação ás mucosas.

A fórmia *ulcerosa franca*, que representamos na photographia n. IV, pôde ser tambem com propriedade chamada *pseudo-gommosa*, se quizermos comparal-a a uma *gomma syphilitica* no periodo de ulceração. Em certos casos a confusão é inevitavel; vendo um delles no Rio, em sessão da Sociedade Brasileira de Dermatologia, o venerando e competente dermatologista francez Alex. Renault declarou que o meio mais claro de significar a sua semelhança com as *gommas ulceradas* era dizer, como o fazia, que se *Fournier houvesse visto o doente, diagnosticaria morphologicamente taes lesões como syphiliticas*.

Nestas condições a ulceração não se contenta em ficar superficial e limitada, mas se aprofunda e alarga, dando lesões francamente *phagedenicas*, propagando-se por continuidade ou juntando-se a outras lesões, e produzindo grandes perdas de substancia. Pôde ser considerada uma das formas malignas da affecção cutanea á vista dos disturbios que acarreta, occasionando por vezes mutilações e largas perdas de substancia com retracções cicatriciaes deformantes.

As ulceras podem ser isoladas, no dorso das mãos, nos braços no rosto, no pavilhão da orelha, como nas photographias ns. V, VI, VII, VIII, IX, mas são sempre notaveis pela sua profundidade e extensão e em muitos casos tambem pelo numero; são, quasi sempre de contorno orbicular, ou então irregular, pela conjugação de varios elementos aggregatedos.

As bordas podem ser talhadas a pique, infiltradas, vermelho-escuras, nitidas, como na *gomma syphilitica* e outras vezes, como já acima dissemos, nas lesões maiores, *phagedenicas*, que podem ter dez e mais centimetros de diametro, são irregulares, tumidas, violaceas e um tanto descolladas.

O fundo dessas ulcerações têm caracteristicas muito interessantes, e que convem ser apontadas, afim de evitar confusões com as fórmas não ulcerosas, vegetantes. Podendo elle, em certos casos, ser coberto de exsudato purulento ou *pyo-sanguinolento*, nem sempre se forma crosta, em vista da abundancia de

ESTAMPA II



Fig. 5  
Fórmula ulcerosa



Fig. 6  
Fórmula ulcerosa



Fig. 7  
Fórmulas ulcerosas com fundo vegetante



Fig. 8



serosidade que a desaggrega quando em formação, dando como resultado uma apparencia pultacea ao fundo da lesão.

Casos ha, porém, tal qual foi notado desde as primeiras communicações de Lindemberg, em que o fundo da ulcera é granuloso, pela formação abundante de botões carnosos, tomando elle afinal aspecto francamente vegetante, como se vê nas photographias ns. VII e VIII, onde reproduzimos taes lesões, que podem ser algumas vezes cobertas de crosta mais ou menos espessa. (Fig. VIII.) A formação vegetante sobrevindo numa ulcera, deve ser differenciada das lesões não ulcerosas, framboesoides e verrucosas, cuja morphologia, como já vimos, é identica a dos papillomas molles e corneos.

Como todas as outras acima descriptas, a fórmula ulcerosa franca se complica, aliás muito mais vezes que ellas, de fórmulas mucosas graves.

A duração e a marcha das fórmulas ulcerosas são variaveis. Na impetiginoide podemos admittir fórmulas francamente abortivas e, com certeza nellas incluir muitas das lesões vulgarmente chamadas *perebas*, quasi sempre provindas de picadas de insectos e que são tão communs no interior do paiz. Esta, e a fórmula ecthymatoide, relativamente pouco grave, a não ser pela multiplicidade possivel das lesões, incluem, doutro lado, maior numero dos doentes e, afora alguns casos mais raros em que se complicam de lesões mucosas, reproduzem mais ou menos o quadro clinico do botão do Oriente e sobretudo do de Biskra.

Apezar de haver, como assignalam diversos autores brasileiros, fórmulas curaveis expontaneamente, em alguns outros tal couça não se dá, e as lesões evoluem para o typo ulceroso franco com ou sem phagedenismo, e, como taes, podem permanecer muitos mezes e annos. Não é difficult, então se verificar reparação cicatricial em parte da lesão, enquanto que de outro lado ella progride; a zona cicatrizada é de côr branca ou arroxeadas, mais ou menos infiltrada, algumas vezes muito fibrosa, ou ainda semiada aqui e alli de placas keratosicas.

Se a cicatrização se faz á nossa vista, com ajuda do medicamento, poderemos observar que a fórmula impetiginoide, de superficial que é, cura sem deixar traço, formando-se crostas successivamente menos adherentes e menos espessas, até que tudo se transforma em escamas leves e por fim na epiderme normal.

Nas formas ecthymatoide e ulcerosa franca, o fundo da ulcera pouco a pouco se limpa e se eleva progressivamente até ao nível da pelle, pela formação de botões carnosos; as bordas se cobrem de delgada pellicula branca e apparecem no centro formações epitheliaes em ilhotas opalinas, que ajudam o processo de reparação. A cicatriz, no começo rosea, é mais tarde escura com estrias pigmentadas e, no fim de muito tempo, se torna branca, deprimida, lisa e indelevel.

As lesões ulcerosas, como todas as outras, quasi sempre se localisam nas partes do corpo em geral descobertas, conforme os habitos dos pacientes, na mór parte trabalhadores ruraes; por isso, como assignalam todos os auctores, se assestam de preferencia na face, mãos e pés, braços e pernas, mas não é raro se encontrarem em outras regiões do corpo, como a parte superior do tronco, que pôde ser accidentalmente descoberta no verão ou mesmo protegida por tecidos muito leves.

O numero das ulceras varia conforme os casos, dentro dos limites de uma, duas e poucas mais a um numero muito mais consideravel, como attesta a photographia n. II, de um doente que trazia talvez uma centena dellas, espalhadas pelo corpo.

Parece certo, tanto falam nisso os auctores, que as lesões ulcerosas possam dar reacções ganglionares satellites, observando-se o facto de preferencia no periodo de inicio, na formação do botão, sendo muito mais raro posteriormente, quando já constituida a lesão, periodo esse aliás em que podém ainda ser provocadas pelos germens de infecção secundaria. E' com certeza aquella a razão pela qual raramente a observamos no Rio, onde vemos poucos casos de infecção recente.

Alguns doentes se queixam de phenomenos geraes como febre e quebrantamento de forças nos periodos prodromicos da doença; é muito difficult saber o que em alguns casos corre por conta do paludismo e de outras doenças endemicas nas mesmas regiões, podendo-se, entretanto, admittir que tal se possa dar tambem á conta da leishmaniose.

Localmente os pacientes accusam prurido, principalmente na phase inicial e, posteriormente, dôres, algumas vezes muito intensas, nos fórmas francamente ulcerosas.

A leishmaniose cutanea ulcerosa é em geral uma affecção que, mesmo em suas fórmas mais graves, se localisa, sem grande

repercussão sobre o estado geral, e pôde ser o unico indicio de morbidez durante meses e annos; e, a não ser que por complicações ennegreça o quadro clinico, ella não tem fim lethal. Daquellas sem duvida a mais commum é a erysipela que vem sendo referida como tal, desde as primeiras descripções da molestia. O resultado da relativa integridade do organismo é que a doença pôde durar mezes e annos, propagando-se ás vezes ás mucosas, e dando fórmas mixtas ou cutaneo-mucosas.

Quando as lesões primitivas vão evoluir no sentido da formação das variedades não ulcerosas, as coisas se passam, naturalmente, de outro modo. Então, a pequena lesão inicial não se ulcera, cessa, se já existe, ou mesmo não chega a se produzir, a necrobiose da lesão papulo-pustulosa inicial que, na fórmula que chamamos hypodermica, pôde mesmo chegar a não se formar.

A variedade *dermica* é constituida pelos chamados "nodulos de Leishmann", descriptos por Thompson e Balfour no Egypto, e que são formações cheloidianas não ulceradas, das quaes poderemos approximar certos casos referidos na India por Carter. Até o presente não foi ainda vista no Brasil, pois os casos relatados por Augusto Cerqueira, pertencem a nosso ver, á fórmula hypodermica, como aliás se deprehende da sua propria descrição.

As fórmas *vegetantes* são por nós divididas em *framboesoides* e *verrucosa*.

Em qualquer dos casos, installada a primeira phase já por nós descripta, as lesões não se ulceram, ao contrario, cobrem-se por acanthose e hyper-keratose de camada epithelial muito mais espessa, revestindo em tudo a estructura dos papilomas.

Não é de agora o conhecimento destas lesões, desde muito vistas em Biskra por Poggioli e comparadas ao pian. Este autor apresenta mesmo o desenho de um dos seus casos com extensas lesões papillomatosas nos membros inferiores, facto que tambem servirá de apoio á opinião que professamos e, segundo a qual tambem podem ser vistas fóra da America, fórmas graves, si bem que menos frequentes. As descripções dos auctores antigos parece revelar mesmo uma gradação que vai desde o chamado botão do Oriente, com suas fórmas ulcerosas menos graves, até os nossos casos, com passagem pelas lesões vistas

em Biskra, que parecem intermedias, si bem que ainda distantes dos nossos casos graves de localização cutaneo-mucosa.

A variedade *framboesoide* foi pela primeira vez descripta no Brasil pelo Prof. Terra que della apresentou dois doentes á Sociedade Brasileira de Dermatologia, em 1913, e, posteriormente, Chagas observou-as no Amazonas, onde são conhecidas vulgarmente sob a denominação de *figueira*. Ella se apresenta como lesões papillomatosas molles com aspecto de framboesa, tal qual as lesões de nossa boubá ou pian. Os papillomas, que podem ser situados nos membros, onde por vezes se estendem em grandes placas, tambem aparecem no contorno dos orificios naturaes da face, dando lesões mais reduzidas, mas elevadas e vegetantes, cortadas de sulcos que limitam as formações papillares, e banhadas de exsudato sôro-purulento, tal qual os papillomas pianicos. (Figs. XII e XIII.)

A photographia n. XII reproduz um dos casos apresentados pelo Prof. Terra e figura tambem na estampa 32 do trabalho de D'Utra, sendo o outro caso relatado por aquelle professor o de um doente portador de largas placas papillomatosas nas pernas.

A modalidade verrucosa evolue da lesão primitiva no sentido de um papilloma corneo. Ainda aqui, sem se ulcerarem, cobrem-se as lesões de espessa camada cornea que serve de capa ás papillas augmentadas de volume e vegetantes, como são exemplos as nossas photographias ns. XIII, XIV e XV e tambem a figura 6, estampa 31, do trabalho recente de D'Utra, que aliás reproduz um outro caso. As lesões verrucosas, bem como as framboesoides, são mais communs nos membros e podem formar largas placas papillomatosas, apresentando ás vezes pontos de regressão ao lado de outros em que a lesão progride.

E' de notar que a modalidade *sub-cutanea* tivesse sido já descripta em 1847 por Poggioli, em Biskra, dando della referencias muito interessantes. Entre nós, além dos tres casos de Cerqueira, poderemos citar um outro, de um doente do Professor Rego Lopes, cuja photographia reproduzimos, por benevolia condescendencia daquelle collega. (Figs. X e XI.)

O mesmo quadro clinico foi descripto por Escomel sob a denominação de forma lymphangitica, mas a designação nos não parece a melhor, pois, pela sua disposição, as lesões tanto

### ESTAMPA III



Fig. 9

Lesão ulcerosa da orelha



Fig. 10

Lesão hypodérmica do braço e  
echymatoide preumblical



Fig. 11

Lesões hypodérmicas seguindo  
o trajecto de veias do ante-braço e  
braço direito e diversos  
outros echymatosos esparsos



Fig. 12

Fórmia não ulcerosa framboisse



## ESTAMPA IV



Fig. 13

Fórmula não ulcerosa framboesoide em placa



Fig. 14

Fórmula não ulcerosa verrucosa



Fig. 15

Fórmula não ulcerosa verrucosa

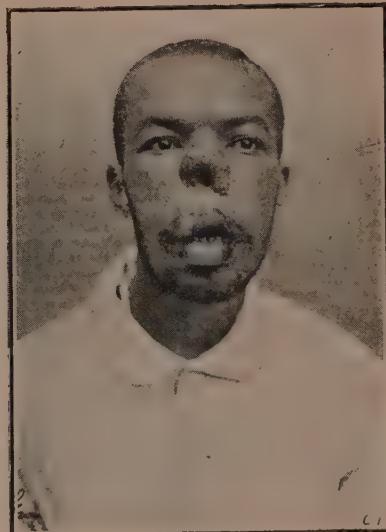


Fig. 16

Fórmula cutaneo-mucosa com destruição das partes molles do nariz e lesões naso-buco-  
ryngéas



podem seguir o trajecto dos lymphaticos, como tambem o dos vasos venosos, tal como claramente se observa na fig. XI.

Póde-se objectar que algumas dessas fórmas apresentam ulceração secundaria, mas isso não prejudica a denominação, pois sabemos desde Poggioli, que esta variedade pôde permanecer sempre sub-cutanea, durante muitos meses, regredindo muito difficilmente mesmo sob acção do tratamento.

Foi todavia esta a razão pela qual a consideramos sub-cutaneas apenas *pro parte*.

Taes lesões, como se vê nas photographias acima referidas, podem situar nos membros em rosario, no sentido do seu eixo, mas tambem no tronco sem disposição analoga. Começam como uma mancha pruriginosa, quasi sempre no local da picada de um mosquito, mas essa pequena lesão não se infiltra superficialmente e desaparece mesmo. No fim de certo tempo, que não podem os doentes precisar, começam elles a sentir os nodulos sub-cutaneos, perfeitamente moveis sob a pelle e sem a menor lesão desta. Depois de assim permanecerem por meses, alguns adhèrent á superficie, vindo posteriormente a se ulcerar, se bem que isso não succeda á maioria.

O exame por puncção dos nodulos do doente acima citado, feito pelo Dr. Machado, do Instituto Oswaldo Cruz, revelou a presença de leishmanias. O mesmo paciente apresentava ainda lesões ulcerosas nas palpebras inferior direita e superior esquerda e outra vegetante no pavilhão da orelha do mesmo lado.

Esse casos hypodermicos são muito interessantes, por isso que nem sempre poderemos filiar cada lesão a uma provavel inoculação; e, desde que tambem não seja possivel, por seu sitio profundo, o transporte do germe de outra lesão preexistente, fica de pé a hypothese da propagação endogena, aliás já provada experimentalmente para a leishmaniose tegumentar.

Todas as fórmas clinicas cutaneas podem permanecer como taes durante meses e mesmo annos para os casos mais graves, ou então se propagarem tambem á mucosa naso-buco-pharyngiana ou a outras, integrando assim o quadro clinico da leishmaniose tegumentar.

A proporção com que no Brasil apparecem os casos de contaminação mucosa tem sido exagerada e, nós mesmos, nos penitenciamos de ter incorrido nessa falta. Este facto se dá por

serem as nossas estatísticas feitas com doentes de hospital, para onde vem naturalmente uma grande parte das fórmas mucosas pela gravidade das lesões e dificuldades da cura; ao contrario, a grande maioria dos doentes com fórmas cutaneas, tratam-se nos fócos ou nas proximidades delles, não podendo, por isso, entrar nos nossos computos.

Para argumentarmos com os mais recentes, dum e dentro lado, citaremos a proporção achada no excellente trabalho de D'Utra, entre os doentes tratados do Hospital da Santa Casa do Rio e a publicada por Pedroso e Brumpt. Registrhou aquelle observador 75 % de casos mixtos, isto é, de fórmas cutaneo mucosas, e, dos restantes, diz que 18 % eram unicamente cutaneos e 6 % apresentavam lesões sómente mucosas. Se reunirmos, pois, estes ultimos aos primeiros verificaremos a extraordinaria proporção de 81 % para as localisações mucosas.

Completamente opposta é a opinião a que chegaram Brumpt e Pedroso e que deve ser, segundo pensamos, a verdadeira, por isso que observaram a doença num dos seus maiores e mais antigos fócos. Estes observadores concluem que as fórmas benignas da leishmaniose muito semelhantes ao botão do Oriente se mostram em 90 % dos casos, ficando apenas 10 % para as fórmas malignas que com elle não se parecem. Se nós considerarmos que nem todas as fórmas malignas de Pedroso e Brumpt, são de localisação mucosa, o que não é de mais, porque podem existir fórmas cutaneas também malignas, concluiremos que a proporção de 10 % corresponderá amplamente ás localisações mucosas.

O ataque ás mucosas, na grande maioria dos casos, resulta da propagação de lesões cutaneas; os casos primitivos são raros, devendo-se ainda levar em conta que nem sempre é facil ter se certeza absoluta da não existencia anterior de uma lesão cutanea.

A propagação ás mucosas do nariz e da boca e das que lhe fazem seguimento, raras vezes se dá por continuidade da lesão cutanea, que pode, aliás, existir bem junto dellas; outras vezes temos visto o contrario, e lesões que se iniciam na pelle do nariz se propagam directamente á mucosa nasal.

Em muitos casos começa na porção para-vestibular do septo, no lado direito o que parece indicar, como bem lembrou o Prof. Marinho, o transporte á distancia do virus de lesões cuta-

neas preeexistentes por intermedio dos dedos; noutrios c̄asos é talvez possivel que se verifique o transporte por via endogena ou por um qualquer outro meio ainda não apurado.

A época em que se dá a propagação ás mucosas é variavel, podendo o doente trazer a lesão cutanea dias, mezes e mesmo annos, sem que tal se realize.

Nas fórm̄as mucosas considerámos, como já vimos, uma fórm̄a não ulcerosa ou *vegetante*, e uma outra *ulcero-vegetante*. Em regra, a não ser, talvez, raramente na mucosa nasal, não se veem lesões verdadeiramente ulcerosas *ab-inicio* e, sómente com o correr do tempo, ellas, de não ulcerosas ou vegetantes, passam a ulceró-vegetantes.

Podem se localisar inicialmente na mucosa bucal, permanecendo ahi, ou se propagando mais tarde á do pharynge e mesmo a outras, como as do larynge e trachéa; ordinariamente, porém, a mucosa mais vezes lesada é a nasal, quer primitivamente por continuidade de uma lesão da parte cutanea, quer por transporte á distancia; constituir-se-á em ambos os casos a fórm̄a naso-buco-pharyngéa.

Primitiva numa ou noutra destas mucosas ou originada por propagação de lesão da mucosa nasal, apresenta a doença as mesmas características morphologicas, razão por que para comodidade de descripção, tomamos como typo a fórm̄a naso-buco-pharyngéa, frequentemente observada.

Mesmo nos casos em que no começo da doença se possa notar ligeira exulceração da mucosa nasal, para logo esta se infiltra e se apresenta com aspecto granuloso muito caracteristico, revestindo por consequencia, o molde de uma lesão não ulcerosa mas vegetante. Localizada quasi sempre na mucosa do septum a pequena lesão progredindo, faz com que o orgão apresente modificações importantes, e veremos então que, pouco a pouco, a pelle toma coloração vermelho-escura e se edemacia, de sorte que os póros se tornam mais visiveis, os pequenos vasos superficiaes se ectasiam, as narinas se dilatam, ás glandulas pilo-sebaceas augmentam a secreção e teremos do todo a impressão perfeita de um acné rosaceo.

Internamente, por esse tempo, a lesão progride gradualmente por toda a mucosa, que se mostra tumida, avermelhada e coberta de granulações que sangram com facilidade, estado esse

que, junto ao augmento da secreção concretada em crostas, produz difficuldade mais ou menos notavel á respiração pelo nariz. Até agora, por mais extensas que sejam as lesões da mucosa, que podem attingir os cornetos destruindo-os, e dirigir-se ao pharynge, nunca vinhas ainda o ataque ás partes osseas do nariz, a não ser em casos muitissimo raros em que o facto é possivel á custa de infecções secundarias ou de *syphilis anterior*. Prova incontestavel disso nos dá a analyse dos casos em que, ao lado da lesão mucosa do nariz, existem manifestações ulcerosas na superficie cutanea do mesmo orgão: estas, progredindo, podem dar nascimento a largas ulcerações phagedenicas com destruição de todas as partes molles e propagação ao labio superior e aos pomulos, sem lesarem, entretanto, os ossos. Fig. XVI.

Outras vezes, quando não existe ulceração, o progresso da lesão mucosa marcha de par com as modificações já apontadas, do typo do acné rosaceo, e a superficie do orgão apresenta depressões e saliencias infiltradas que se avisinham das observadas no typo hypertrophic daquella dermatose. As azas adquirindo o dobro da espessura normal, dão ao nariz aspecto achatado, segundo o grão de propagação para o lobulo que toma a cõr vermelho-escura; nos casos menos graves, entretanto, podem existir lesões mucosas extensas com conservação quasi integral do nariz, apenas augmentado de volume e deixando perceber, subjacente, a infiltração nodular. Fig. XVII.

A apparição de uma pequena escoriação na borda das narinas pôde ser então um meio inverso de propagação da lesão mucosa á pelle, por vezes ainda intacta, e mais uma vez teremos a destruição de todas as partes molles do nariz, vinda de dentro para fóra.

As lesões nasaes se propagam muitas vezes por contiguidade ao labio superior e descem mais raramente ao inferior; mas em vezes raras a localização nestas regiões é primitiva. Em qualquer caso as lesões labiaes serão ulcero-vegetantes e é interessante aquilatar-se da propensão que têm as mucosas em apresentar lesões granulosas, pois que aqui ellas só o são na parte propriamente mucosa do orgão, tornando-se, ao contrario, gradativamente ulcerosas á medida que caminhamos da região justa mucosa para a cutanea. Figs. XVIII e XIX.

## ESTAMPA V



Fig. 17

Lesões cutaneo-ulcerosas em parte cicatrizadas e que se propagaram à mucosa nasal por continuidade



Fig. 18

Lesões cutaneo-mucosas com ulceração phagedenica da face



Fig. 19

Lesões cutaneo-mucosas com ulceração phagedenica da face



Fig. 20

Lesão ulcerosa do labio superior, com fundo vegetante e grande aumento de volume do organo e lesão ulcerosa do pomulo direito



Nos labios, as alterações podem ser muito importantes e occasionar enorme infiltração e turbescencia, a ponto de fazel-los duas, tres e mais vezes maior do que no estado normal; e, a secreção soro-purulenta mais ou menos abundante, junta aos des-troços de tecidos e ao sangue, produzem crostas ennegrecidas que, cahindo, deixam a descoberto uma camada de tecido necro-sado, de côn amarelo-sujo que dá ao orgão um aspecto lardaceo. Por este processo francamente phagedenico fica o labio superior condemnado a uma lenta destruição. Fig. XX.

A localisação na mucosa da abobada e do véo palatinos, pôde ser primitiva, mas é quasi sempre resultado de propagação de lesões naso-pharyngeanas. Com maior frequencia são observadas na parte membranosa do véo e, ao contrario, são menos frequentes e intensas á proporção que nos approximamos da parte anterior, onde raramente apparecem sem ataque primitivo ao nariz e rhino-pharynge; o proprio facto de se localisarem mais commummente no véo palatino, na uvula, nos pilares anteriores e posteriores e menos na parte anterior da abobada, mostra que na mór parte das vezes, não são senão consequencias de propagação por continuidade das lesões mucosas acima referidas.

Como phenomenos primordiaes do ataque ao pharynge, referem os doentes certa sensação de calor e ás vezes mesmo ligeiras dôres no deglutir, assim como augmento de secreção salivar mas, em geral, não accusam dôres que estejam em relação com a extensão das lesões, como se vê, por exemplo, na blastomycose, onde o processo é mais ulceroso.

Examinando-se um doente nestas condições, se observa, partindo da mucosa da abobada, que esta é em geral menos infiltrada que a das partes posteriores, cujas dobras e saliencias se hypertrophiam, principalmente nas visinhanças do véo, onde a mucosa fica entumecida e coberta de granulações ou de elevadas vegetações, separadas por sulcos mais ou menos profundos.

Na face bucal do véo membranoso, principalmente, e nos pilares, notam-se as lesões mais frequentes e mais graves. Toda a mucosa é grandemente infiltrada, vegetante, com aspecto mu-riforme, principalmente na uvula, e as vegetações, que attingem meio centimetro de altura, são limitadas por sulcos longitudinaes e transversos que as dividem em lobulos, formando em

alguns casos a cruz palatina de Escomel. A cõr da mucosa é vermelho-escura ou amarello-sujo, lardacea, quando a infiltração, caminhando do chorio, já tem desaggregado e necrosado o epithelio que desapparece num ou outro ponto. (Figuras XXI e XXII.)

As manifestações naso-buco-pharyngéas podem permanecer mais ou menos estacionarias, não se propagando ás mucosas das bochechas, das gengivas no sulco buco-gengival, do soalho da boca e finalmente da lingua, onde, apezar da referencia de outros, nunca vimos se localisar a leishmaniose. Noutras condições, ao contrario, longe de ficarem assim estacionarias, ellas progridem para a mucosa do pharynge, na sua porção laryngeana e podem atacař mesmo este orgão e a trachéa, onde já foram encontradas lesões nodulares com parasitas.

Num destes casos o Prof. João Marinho, conforme refere D'Utra, achou: "...a epiglotte muito augmentada de volume, infiltrada, recoberta de fina camada de epithelio macerado, que lhe tira o natural polimento e brilho, apresenta o mesmo aspecto que reveste quando gravemente attingida pela tuberculose. As mesmas modificações são de assignalar no larynge, em cuja parede posterior, infiltrada e ulcerada se nota maior proliferação do tecido. Ainda aqui, o quadro em nada se diferencia do da tuberculose laryngéa: As cordas vocaes ulceradas desde a commissura anterior, limita uma glotte bem menor que a habitual, restrição que parece provir do espaço, tomado pelo maior volume do orgão inflammado e consequente embaraço dos movimentos de abduçção. Ao contrario do que era de esperar, nenhuma dificuldade experimenta o doente em respirar. Voz muito rouca, não se queixa de dôres."

Essas localisações occasionam, entretanto, em outros casos, dificuldades respiratorias e podem mesmo produzir a morte por edema da glotte, obrigando a uma tracheotomia de urgencia, como já vimos umá vez.

Além disso as lesões mucosas da boca e do pharynge podem ainda difficultar a deglutição por dolorosas, quando já antigas, e com tendencia a se ulcerar em alguns pontos, ou então quando occasionam perdas de substancias no véo membranoso que pôde até ser completamente destruido; nessas condições se observa por vezes repercussão ganglionar na região

## ESTAMPA VI



Fig. 21

Fórmula cutaneo-mucosa com lesão cutânea ulcerosa do labio superior e vegetante da abobada e véo palatino

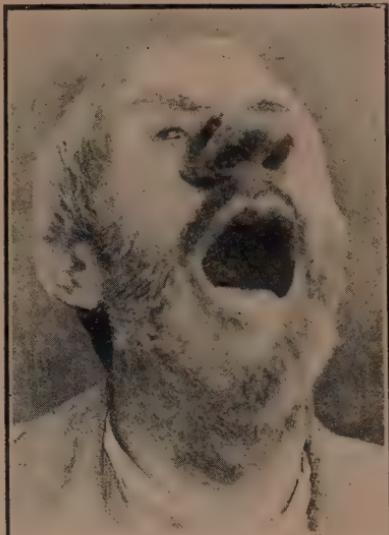


Fig. 22

Fórmula cutaneo-mucosa naso-bucoharyngéa com lesão cutâneo-ulcerosa do nariz e labio superior e vegetante da abobada e véo palatino; a observar os sulcos que dão aspecto lobulado a estas ultimas lesões



Fig. 23

Lesão echymatoide das palpebras teudo se propagado á conjuntiva na palpebra inferior direita (mesmo doente que apresentava lesões hypodermicas)  
figs. 10 e 11

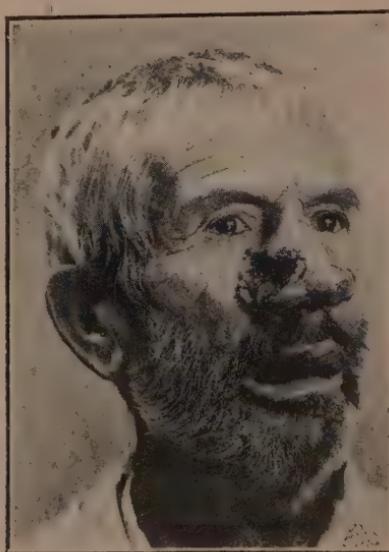


Fig. 24

Lesão ulcerosa do nariz complicada de epithelion (mesmo doente da gravura 12)



antero-lateral do pescoço, parecendo devidas ás infecções secundarias, tão communs nas affecções bucaes.

Entre complicações uma das principaes é o phagedenismo, combinando-se lesões mucosas extensas com grandes perdas de substancia na face, que podem levar até á desapparição de todas as partes molles do nariz, dos labios e das palpebras, com compromettimento do globo occular, produzindo, como é facil de vêr, horrórosas deformações.

Outra complicaçāo frequente e muito importante pelo possivel exito lethal é a erysipela já algumas vezes observada nas lesões leishmaniosicas. Em alguns casos que vimos, os doentes foram tratados com sôro anti-streptococico e as lesões melhoraram consideravelmente; não só Vianna, como nós que junto observámos o facto, delle tomamos nota para mais tarde verificarmos se a acção seria da propria infecção ou do sôro.

Uma outra complicaçāo, rara e interessante, que vimos num doente de leishmaniose naso-buco-pharyngéa, figura n. XXIV, foi a localisaçāo de um epithelioma sobre uma lesão leishmaniosica da aza direita do nariz. Fomos levados a esta hypothese pela resistencia que a lesão denotava nesse ponto ao tratamento pelo emeticico, e os cortes histologicos, feitos pelo Dr. D'Utra, confirmaram a presençā da neoplasia.

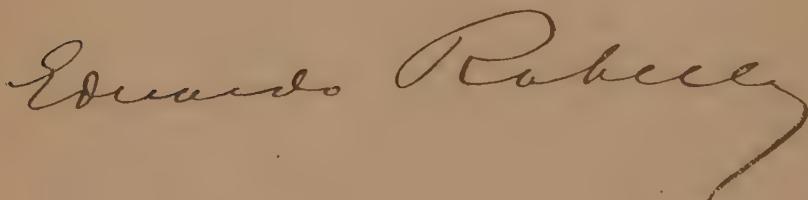
A conjunctiva palpebral é ainda uma mucosa onde já tem sido descripta a localisaçāo da leishmaniose. Augusto Cerqueira diz ter visto dous casos que se caracterisavam por pequenas formações nodulares semelhantes ás do trachoma, porém menos abundantes e mais volumosas. No doente do Prof. Rego Lopes, tambem portador, além dos nodulos sub-cutaneos de ulcera leishmaniosica da parte cutanea da palpebra inferior, vimos o processo ganhar a face mucosa, revestindo o typo descripto por Cerqueira. Fig. XXIII.

Esse quadro morbido que acabamos de bosquejar para as localisações mucosas constitue, quando junto de lesões cutaneas, as nossas fórmas mixtas ou cutaneo-mucosas que, conforme já apontámos, partindo da estatistica de Pedroso e Brumpt, aparecem em 10 % de todos os casos de leishmaniose. E' preciso todavia notar, que na integraçāo das fórmas mixtas, podem localisações mucosas constitue, quando junto a lesões cutaneo como do mucoso. Via de regra, ás fórmas impetiginosas e

ecthymatoides correspondem lesões mucosas de inicio, ás vezes muito pouco graves e que não causam as destruições consideraveis acima referidas; as fórmas graves não se vêm senão em alguns dos casos mucosos e estão muitas vezes, se bem que não sempre, em relações com lesões cutaneas ulcerosas e phagedenicas.

Como já temos dito mais de uma vez, as lesões mucosas se assestam primariamente no chorio mucoso, formando depois granulações e vegetações papillares e, sómente mais tarde, com a marcha do processo, rapida em alguns casos, ou longa de alguns mezes ou mesmo de annos, é que apparecem pontos verdadeiramente ulcerados, ao lado de outros, nos quaes esse processo ainda não poude se estabelecer.

E' por esta razão que mantemos na nossa classificação a fórmula ulcero-vegetante, nella incluindo todos os casos em que se verifica com a marcha da doença, um processo ulceroso parcial.

A handwritten signature in cursive ink, reading "Eduardo Rocha Faria", is positioned in the lower right quadrant of the page. The signature is fluid and personal, with a large, sweeping flourish on the right side.

# **MOLESTIA DE WEICHSELBAUM**

**PELO**

**DR. GARFIELD DE ALMEIDA**



## MOLESTIA DE WEICHSELBAUM

(ESTUDO CLINICO)

Preliminarmente carece justificada a designação preferida.

Remontando ás descripções, ainda confusas, de surtos epidemicos, que á medicina dos seculos 17 e 18 não passaram despercebidos, e a esta approuve denominar "*mal de nuca*".. "*phrenites*", etc., ou adstrictos tão sómente a procurar, nos escriptos de VIEUSSEUX, o inicio de uma dissertação precisa sobre o mal que dizimou Genebra em 1805, uma conclusão se nos depara, incontestavel: o caracter epidemico da molestia.

Dessa circunstancia, aliada á constancia das lesões anatomo-pathologicas, que só variavam dentro da orbita generica de compromettimento ás meningeas cerebraes e rachianas, nasceu o epitheto de meningite cerebro espinal epidemica, sob que vem sendo conhecido o typo morbido que reconhece no *diplococcus intra-cellularis*" de Weischselbaum, o agente causador.

Acertou, entretanto, a clinica, como circumstanciadamente adiante se verá, de apresentar excepções a essa norma, e de tal

---

**NOTA** — Convidado por um amigo, a honrar meu nome inscrevendo-o no presente livro, não me consentiu a vaidade a coragem da recusa.

O brilho da distinguida companhia e a perspectiva de figurar na apoteose ao Mestre de que fui, por sempre lembrados oito annos, o discípulo mais chegado, seduziram-me a ponto de esquecer que me não iam os meritos até onde o exigiam os desejos dos amigos e a sagradação do Professor.

Ao demais, adstricto pelas contingencias do trabalho a uma synthese por ventura illogica, por excessiva, estou em que este capitulo, obrigado a estudar tão sómente dois dados do problema — a symptomatologia e o tratamento — e escripto de afogadilho por condições a que me não pude furtar, só terá um perdão; o de exaltar ainda mais o halo luminoso dos que o circundam.

Tambem, a luz não seria bem a luz se não existisse a sombra.

ordem que, a manter a costumeira tecnologia, irá a nosologia ao paradoxo.

*Meningite* sem meningite e *meningite epidemica* sucedendo-se pela representação de casos isolados, um a um, e intervallados de alguns meses, se não annos.

Molestia de Weichselbaum, pois.

A molestia é determinada por um diplococco, Gram negativo, via de regra intra cellular, ao que parece não produzindo toxina soluvel e apenas uma endotoxina virulenta.

Seu *habitat* predilecto é o naso-pharynge; dahi decorre o nenhum valor de uma semeadura negativa, feita com o muco nasal; a collecta do material para o necessário exame bacteriologico ha de ser feita, para merecer fé, na cavidade posterior do nariz, ao nível da amygdala pharyngéa.

Observada esta technica, refere VON LINGELSHEIM na *Deutsche Medicine Wochenschrift*, suas estatísticas experimentaram o accrescimo de 20 para 94 %. Ao lado da noção prophylactica que o caso comporta, sabida a possibilidade de tal germe viver silencioso no nasopharynge de individuos sãos, constituindo o perigo traiçoeiro dos "portadores de germens", muito vale o detalhe referido pela segurança de um diagnostico certo e a possibilidade de uma therapeutica efficaz.

Se essa preferencia existe, e nesse ponto os autores são accordes, como interpretar a localisação meningea do germe e da molestia?

Em outros termos, quaes as vias de condução atra vez as quaes penetra o meningococco até o envoltorio cerebro-medular?

A seguir NETTER, dar-se-ia a invasão pela contiguidade entre os filetes terminaes do nervo olfactivo e as bainhas subarachnoideanas que os acompanham atra vez os multiplos orificios que elles transpõem na lamina crivosa do ethmoide.

Posteriormente WESTENHOEFFER aventou a hypothese de uma condução por via vascular lymphatica e atra vez os póros do esphenoide, e RADMANN enunciou a possibilidade de uma penetração por via intestinal na superficie das placas de Peyer.

Uma outra orientação, certamente mais scientifica, surgiu positivada na observação clinica e segundo a qual a origem sanguinea da infecção recebia a primasie; as observações de FOLLET, em 1906, verificando o meningococcus no sangue, as

de WEICHSELBAUM, encontrando-o em placas da endocardite e as de GRADVAHL nas meningeas de um feto, cuja mãe falecera da molestia de Weichselbaum, eram já documentos de real importancia.

Se, effectivamente, taes factos não demonstravam ser o sangue o primeiro hospediero do germe, comprovavam, ao menos, a possibilidade de ser este um hospede do meio sanguineo circulante.

Affecções as mais varias, estranhas ao sistema nervoso, e determinadas pelo diplococcus, endocardites (HOCHAUS); pleuresias, bronchopneumonias (GEPPERT); arthrites (G. ALMEIDA), coincidindo com a ausencia de phenomenos meningeos e, sobretudo, septicemias de meningococcus sem meningite (NETTER), ou precedendo á meningite (G. DE ALMEIDA), condenam como inexpressiva a designação de "meningite cerebro-espinal" e permitem, se não impõem, a aceitação de que a meningite é apenas uma localisação secundaria de que a septicemia é o termo inicial.

Desde muito que a concepção, segundo a qual as molestias infeciosas, em sua maioria, seriam septicemias primitivas, vai se impondo á luz da razão pelas novas noções da etiopathogenia daquellas, aliadas á observação clinica mais meticulosa que permite um diagnostico mais precoce; a molestia de Weichselbaum, affigura-se-me disso uma documentação a mais, a ajudar-se á demonstração que no tocante á peste foi alhures feita.

Certo é que, ao sabôr dos mais recentes conhecimentos, nenhum insecto hematophago parece interferir na propagação da meningite, hypothese essa que, verificada em outras infecções, induz, *á priori*, á convicção de que o liquido hemático é o primeiro habitat do microbio pathogenico efficiente.

Não menos segura é a interpretação inversa por força da qual não lograreão aceitas como septicemias primitivas as demais infecções, as de germe localizado e transmissão aerea, como sóe ser a diphtheria.

Todavia, na meningite, mau grado sua semelhança a esta, não correm as cousas pela mesma bitola; na *ulcera egypcia*, o germe, penetrando na cavidade buccal, (e *mutatis mutandis* nas demais), ahi se fixa, se encantoa, se localiza, dahi expelle sua toxina virulenta e dahi se dissemina para attingir o novo

infectado; inoffensivo, estabelece o tipo do "portador de germens", activo, produz a diphteria em qualquer de suas multiplas fórmas, mas sempre dependente de sua localização.

Não assim com o meningococco e a meningite; para que esta se processe, torna-se de mister que elle abandone sua primeira residencia — o nasopharynge — se insinue atravez um percurso qualquer até o ambito da cavidade craneo racheana, attinja as serosas encephalomedullares, e assestadas ahi suas armas aggressivas, entre de produzir o ultimo elo da cadeia de que a rhinopharyngite foi o termo inicial.

Nessa conjunctura, tomado o sangue como vehiculo, não, é de mais admittir que, por seu intermedio, a infecção se generalise, e a septicemia se constitua, para só mais tarde, á maneira de outras infecções, localisado preferencialmente o germe, assumir a molestia o seu aspecto costumeiro.

Dessa seriação é prova o caso por mim uma vez verificado de um doente, cujo quadro clinico, sem nenhuma indicação peculiar a esta ou aquella viscera, traduzia fielmente o diagnostico de septicemia; o exame de sangue revelou a presença de um diplococco; no dia immediato um ligeiro coryza e uma quasi imperceptivel rigidez da nuca, apenas esboçada na flexão forçada da cabeça, levantaram a suspeita da meningite de Weischselbaum confirmada pelo exame bacteriologico do liquido cefalo racheano.

Não procede a observação de HUTINEL, de que tal pathogenia é um facto, cuja veracidade não comporta duvidas, mas cuja interpretação continua obseura.

O germe amarillico procura o figado, depois de cirelar no sangue nos tres ou quatro primeiros dias da molestia, o da variola localisa-se no tegumento cutaneo depois de transitar pela torrente sanguinea, dando ao caso clinico o aspecto clasico de uma septicemia, o da peste assesta-se preferentemente nas rôdes ganglionares, depois de voltear no liquido hematico permittindo ao insecto hematophago transmittir a infecção desde o inicio do mal, etc., etc., assim o meningococco tambem teria sua séde de eleição nas meningeas por condições que á nossa apreciação não é possivel ainda determinar.

De um modo ou outro, constituida a molestia pela efficiencia pathogenica do germe, estudemos-lhe a

## SYMPTOMATOLOGIA

O começo da molestia é, via de regra, subito; um calafrio intenso ou arrepios de frio successivos, acompanhados logo de elevação thermica accentuada, attingem o individuo até então em plena saude. Por vezes um ligeiro mal estar ou um coryza ou uma angina sem maior importancia, precedem de pouco esse inicio repentino; mas, afóra condições epidemiologicas especiaes, que tornam suspeitos quaesquer symptomas, apagados mesmo, de uma nasopharyngite, não tem aquelles prenuncios significação alguma, tantas são as hypotheses outras em que elles podem ser verificados.

Não differe, assim, essa entrada em scena da habitual as demais infecções; todavia, embora dôres varias, menos vezes vagas, e em geral localisadas ás articulações, á região lombar e ao longo do rachis, acompanhem logo esse inicio, uma predomina sempre — a cephalalgia.

Permanente, intensa, pertinaz, diffusa ou em forma de capacete, irradiando-se normalmente para a nuca, exacerbada pelo movimento, pelo ruido, pela luz, ella é, na mór parte dos casos, o primeiro symptom que o doente accusa e o ultimo que o abandona.

A rachialgia existe quasi sempre; é intensa e só comparável á que afflige o varioloso no periodo de invasão.

Equalmente rapido é o aparecimento dos vomitos, que raramente faltam, que commummente se repetem com insistencia, e, á maneira dos vomitos cerebraes, se processam sem o minimo esforço.

Decorrida essa phase inicial ou de invasão, está a molestia caracterizada e duas ordens de phenomenos se irão processando, parallelamente, autonomos mas não independentes; de um lado proseguirão as manifestações geraes, cujo principio já vimos, e função do elemento infeccioso em si, de outro surgirão as expressões da repercussão deste sobre o systema nervoso central, em cuja superficie terão logar as alterações genuinas da molestia.

A febre é geralmente alta desde o inicio; não affectando nenhum traçado caracteristico, ora com remissões sensiveis,

ora quasi uniforme, terminando por vezes rapidamente, mas, em geral, por lysis, pôde faltar no dizer de alguns, o que nunca observamos.

O pulso é celere, mas não mantem parallelismo com a curva thermica; não raro della se dissocia; pôde apresentar, incidentalmente, perturbações outras de rythmo sem maior expressão.

No tocante á pressão arterial temos que não assiste razão a PARISOT, quando a considera sempre alta nem tão pouco a TEISSIER quando opina de modo inverso; da observação pessoal que já vai em algumas dezenas de doentes cremos nenhuma noção absoluta se possa inferir, tanto é a disparidade de caso para caso.

As perturbações do apparelho digestivo são de menor monta e ainda de menor significação; não andou acertado TOURDES quando, aliando á cephalalgia e aos vomitos a constipação, entendeu classifical-as a triade symptomatica da meningite de Weichselbaum.

O exame das urinas nada revela de particular; albuminuria, glycosuria, indicanuria, retenção ou incontinencia urinaria são factos que se observam por vezes, sem constancia; entretanto, todavia, é regra geral a polyuria coincidente ou não, com a polydipsia habitual.

As demais alterações accidentalmente observadas provêm da bacteriuria, que é frequente.

O tegumento cutaneo é costumeiramente séde de alterações, das quaes o herpes é a mais commum; não differe do que sóe aparecer no decurso de outras molestias febris, a pneumonia, sobretudo, não raro se generalisa pelo tronco e membros, mas de ordinario se restringe á face, região nasogeniana, commissuras labiaes, pavilhão da orelha, etc.; de sua localisação ao longo de um ramo nervoso ou distribuição por um territorio de determinada inervação fallam alguns, referindo mesmo EVANS, um zona diffundido ao longo de um ramo nervoso.

Os erythemas que apenas logramos ver em raros casos, e mal definidos, jámais se afastaram do typo morbiliforme; o caracter de purpura que valeu a molestia designações especiaes, como "spotted fever" e "febris nigra", e de que se encontram referencias em WRIGHT e bem assim as manchas roseas lenticulares de que fala MERLE não tem sido observadas entre nós, talvez pela

ausencia de surtos epidemicos em que tales alterações são frequentes.

Para o lado das articulações, observam-se alterações que merecem ser mais detidamente examinadas: ora são simples arthralgias que aparecem no decurso da meningite e atacam de preferencia as articulações do joelho e do punho, ora precedem qualquer manifestação meningea (SEVESTRE), ora são verdadeiramente precoces, ora são mesmo o unico symptomata da molestia como nos foi dado observar em caso, comunicado á Academia de Medicina.

Esse facto corrobora a necessidade de uma technologia nova, qual a propuzemos: chamar "meningite espinal epidemica" a um caso esporadico de uma molestia sem nenhum symptomata de natureza meningea é um contrasenso; adoptar a denominação, certamente mais feliz, de meningite de Weichselbaum que serviu de titulo á excellente these de MATHIAS VIEIRA (1916), é excluir os casos de manifestações do mesmo germen sobre sistema outro que não o nervoso; a uma e outra critica se esquivará a denominação lembrada.

De outras vezes a articulação se tumefaz, torna-se dolorosa espontaneamente, mas, sobretudo, ao movimento e a pressão, e a puncção retira de seu interior uma serosidade limpida, cujo exame revela a presença de meningococcus; não estão incluidos nessa apreciação os casos de derrame purulento que parecem antes fructo de uma complicação e em cuja pesquisa se descobrem germens, outros isolados ou associados ao de Weichselbaum.

Esses são os casos responsaveis pela ankylose posterior que não evita, muitas vezes, nem mesmo uma arthrotomia precoce.

O sistema nervoso offerece o maximo de signaes e symptomas no quadro clinico da molestia de Weichselbaum; perturbações de natureza sensitiva de grande monta e sobretudo desordens motoras concummittantes são o apanagio dessa meningite.

O symptomata dôr é inseparável da molestia; da cephalalgia, da rachialgia e das dôres articulares, já ficon dito. Accrescente-se a ellas uma hyperesthesia generalizada, attingindo a pelle e as massas musculares, as mucosas e os orgãos dos sentidos:

por toda a parte um exagero de sensibilidade se accusa conduzindo á necessidade de uma quanto possivel exclusão das relações com o meio circumstante; todo o ruido, toda a impressão luminosa, todo o abalo, enfim, desperta no doente pheno-menos reaccionarios por todo o modo incommodos e prejudiciaes.

As desordens psychicas são habituas; limitadas apenas a entorpecimento cerebral ou a ligeira excitação, representadas por uma insomnia invencivel, ou manifestadas sob a forma de delirio, delirio manso ou de palavras, ou, o que é mais raro, delirio de acção, não apresentam nada de caracteristico; extinguem-se com a molestia ou deixam um resquicio de perturbações mentaes, quando aquella se termina.

Por toda a parte exagero de tonus muscular; as contracturas se constituem sempre, apreciaveis á simples inspecção ou denunciables apenas a uma pesquisa meticulosa. Attingindo inicialmente os musculos da nuca, bem cedo elles se generalisam aos musculos da região anterolateral do pescoço, que se enrijam a ponto de se desenharem sob a pelle, atingem toda a musculatura do dorso que se arqueia, tendo a columna por eixo, ganham os membros inferiores que a pouco e pouco se reflectem, uns segmentos sobre outros e criam a posição clásica do "cão de espingarda".

Uma rigidez generalizada se estende por todo o corpo, e que aumenta a qualquer solicitação ou tentativa de movimento; a flexão de cabeça, tanto quanto a extensão das pernas é absolutamente inexequivel; a percussão muscular consente uma resposta mais rapida e mais evidente; entretanto, não é de admirar que um grupo determinado de musculos, condicente á mesma função, seja particularmente contracturado, importando no augmento ou na annullação de sua normal actividade.

Nesse progredir, algum tempo se escôa; raramente a contractura se installa e organisa celeremente antes que paulatinamente se estabelece, e por vezes mesmo, nos casos benignos, apagadamente se desenha.

A pesquisa semeiotica haverá de denunciar-se bem orientada; o signal de Kernig nas tres posições (erecta, sentada e deitada), o signal de Brudzinski (reflexo identico ou reflexo reciproco), e o signal da nuca constituem a triade, sob cuja

exteriorização os phenomenos contracturaes hão de fatalmente vir ao conhecimento do clinico.

Andam por excepção as demais perturbações de ordem motora; paralysias e convulsões não são habituaes no quadro clinico e melhor se haverão de considerar antes como complicações. Na pesquisa dos reflexos nenhuma indicação valiosa se apura, tal a diversidade com que suas alterações se manifestam; tendinosos ou cutaneos conservam-se, exageram-se ou diminuem, segundo cada caso a considerar.

Desenhada assim, nos seus traços geraes, a molestia, necessariamente sua evolução diversifica dentro mesmo dessas normas já esboçadas.

Em principio, a classificação de fórmas clinicas, segundo sua gravidade, exclusivamente, é imperfeita; baseada em um criterio por demais pessoal, sem uma delimitação precisa, sujeita a modificações subitas que tiram ou dão á molestia gravidade que não tinha um dia antes ou que não terá um dia depois, semelhante descrimine não merece apoio; eivada do mesmo se não de peior, e maior erro seria a, por muitos autores ainda aceita, classificação, segundo a contingencia pessoal do doente: creança, velho, mulher grávida, soldado, etc., etc., Antes da therapeutica moderna, especificadamente, antes da sôro-therapia por vezes ia a meningite a cabo apenas no fim de um longo prazo, meses até, *fórmula prolongada e cachetisante* de DEBRÉ.

Nasceu dahi a nomenclatura de *fórmula chronica*, cuja descrição prestava-se a uma subdivisão em dous typos, um em que a molestia, de duração longa, não lograva remissões sensíveis, e outro em que, tão accentuadas e duradouras eram estas que BERTRAND e SEVESTRE julgaram opportuno denominal-o *meningite de recahida*; em extremo excepcionaes, não merecem esses factos, hoje, mais que uma allusão.

Clinicamente, pois, e attendidas todas as razões que no discorrer deste vem sendo expostas, a molestia de Weichselbaum comporta apenas a meu vêr uma classificação: a) molestia de Weichselbaum, *tipo meningite*, correspondendo á classica meningite cerebro espinal epidemica e b) molestia Weichselbaum, *tipo meningococcemia, ou ameningítico*.

*Typo meningitico.* — Qualquer que seja sua evolução, rapidíssima, de duração média, ou lenta, qualquer que seja a precocidade com que os phenomenos meningeanos surjam em scena, sejam quaes forem os symptomas predominantes de entre os despertados por um ataque ao systema nervoso central, a meningite domina sempre o quadro morbido com a exteriorisação já pormenorisadamente descripta.

Differem parcialmente desse conjunto aquelles casos, cuja raridade é extrema, mas cuja authenticidade não supporta contradicta, de localisações meningeanas ou meningites parciaes em que os phenomenos inflammatorios se circumscrevem a um limitado trecho de cavidade sub-arachnoideana, dando áquelles a feição territorial que lhes é costumeira; são exemplos disso a radiculite lombo sacra de DÉGÉRINE e TINEL e a meningo-myelite dorso lumbar de DE MASSAY e CHATELIN.

*Typo ameningitico.* — Comprehenderá os demais casos em que, reconhecido o papel pathogenico do diplococcus meningitidis, não haja o exame clinico de perceber alterações do systema nervoso, outras que não as consequencias usuaes das infecções.

#### Meningococcemia, então.

Nesse typo as desordens variam, segundo os casos, restringindo-se unicamente aos phenomenos geraes de uma infecção e não sendo mais que uma "septicemia por meningococcus" sem nehumas localisações visceraes ou accentuando-se ao fim de alguns dias, para este ou aquelle lado da economia.

Via de regra é o tegumento cutaneo ou são as serosas articulares a séde da posterior ação do germe permittindo ao exame clinico a apreciação de erythemas, purpuras e arthrites cuja etiologia, fôra de circumstancias epidemicas, difficilmente será suspeitada; iguaes considerações merecerão os casos mui raros de predominancia no apparelho digestivo citados ultimamente por SCHLESINGER.

Ao demais dessas, que são as fórmas clinicas caracterisadas, não se esqueçam a denominada de "ambulatoria" de SICARD que, ao compasso do que nas outras infecções, sóe acontecer, não é mais que uma representação clinica por tal modo attenuada que não leva o doente a acamar-se, permite-lhe entregar-se ás

occupações habituas e é indiagnosticavel fóra de uma pesqntza systematica autorisada, se não mesmo imposta, pelo momento epidemico; não me parece aceitavel englobar sob essa rubrica os casos que, começados como estes, subitamente se agravam e terminam na constituição integral da molestia.

#### TRATAMENTO

Duas linhas geraes devem seguir o tratamento da molestia de Weichselbaum.

De um lado considerar-se-ão os phenomenos geraes de infecção e os symptomas graves ou alarmantes que, sobre o sistema nervoso a mesma determina, de outro a especificidade microbiana que permitti o fabrico de um sôro especifico e efficiente obtido, embora, por processos differentes. Ou, á maneira de FLEXNER, pela immunisaçao dos cavallos á custa da inoculação progressiva de germens mortos, germens vivos e toxinas virulentas, ou, á feição de WASSERMANN, pela associação de tres sôros diversos, oriundos de immunisações obtidas separadamente pela inoculação de uma raça, de muitas raças e de toxinas meningococcicas, ou, finalmente, como preceitúa DOPTER, mediante inoculações endovenosas de culturas vivas, o sôro pouco varia nos seus resultados praticos e felizes.

No tocante ao seu emprego, aqui, como em todos os sôros especificos, duas questões ha passíveis de analyse: a séde da inoculação e a dose a injectar.

As injecções por via subcutanea são de uma efficacia minima, se não mesmo nulla, segundo affirmam os autores que as empregaram alguma vez.

As vias intraracheana e endovenosa disputam, assim, a primaria da efficiencia therapeutica; tem aquella a seu favor, um argumento apparentemente decisivo, á primeira vista.

Se a séde do mal é a cavidade racheana, se é no liquido cephaloracheano que o germe pulula, promove a formação de sua toxina virulenta, reproduz-se e age, o sôro especifico por sua vez introduzido em contacto intimo com elle, qual acontece na injecção por via epidural, deve encontrar então um maximo de probabilidades de annullal-o nos sens effeitos e contrabatel-o em sens maleficios e tanto mais quanto os estudos de NETTER

sobre a efficacia dos sôros não específicos pela producção de uma intensa polynucleose intraracheana demonstraram á evidencia ser o effeito curativo função de uma ação local antitoxica e antimicrobiana.

Todavia, pondere-se bem que essa razão, desapparecerá não só quando, por effeito da mesma infecção, adherencias se formem em quaesquer pontos das folhas meningeanas dividindo-as, em consequencia, em lojas circumscriptas e independentes umas das outras, se não tambem quando entre a cavidade sub-arachnoidéa e os ventriculos cerebraes se houverem interrompido as communicações, o que importará em subtrahir á ação do sôro o liquido ventricular infectado.

Ainda mais: por vezes, ou por effeito da intensidade da infecção, ou pelo tardio da intervenção therapeutica, o liquido cephalo-racheano torna-se muito espesso, altamente purulento, e não consente uma mistura conveniente com o sôro curativo. Indirectamente uma vantagem se colhe da preferencia pela via intraespinhal, é que, antecedendo á injecção, procede-se sempre á retirada de liquido cephalo-racheano em dôse igual ou mesmo maior (DOPTER) que a de sôro a injectar.

Essa practica beneficia o doente diminuindo-lhe a tensão no interior da cavidade arachnoidéa e subtrahindo-lhe de chôfre uma quantidade apreciavel de materia toxica; a verdade dessa asserção é fartamente comprovada pela porcentagem de curas em que a punção repetida não se acompanhou de injecção serica.

Da analyse desses factos adveio a convicção em que estou de ser a via endovenosa preferida para a intervenção: posto em contacto com o sangue, integrado na sua massa, confundido com elle, o sôro espalhar-se-á por toda a economia, banhará os pontos mais reconditos do organismo, attingirá e combaterá o meningococcus, onde elle se anninhe; ao demais, os casos de meningococemias só com tal tratamento aproveitarão.

Além disso, a via endovenosa permitirá mais franca inoculação não adstricta a injecções de 25 e 30 cc., mesmo nos casos gravíssimos, como acontece com a via epidural. Afastado o receio dos pretensos accidentes do sôro, de accordo com o largamente explanado em nosso trabalho "*Physionomia clinica da peste*" e tendo em vista ainda as considerações que, sobre as

dosagens altas do sôro, foram meticulosamente expendidas naquelle trabalho e no sob o titulo "Angina e laryngite diphtericas", não se comprehende que outro proceder deva orientar o medico que não o de injectar francamente sem medo de ultrapassar as possiveis exigencias da molestia.

Todavia, embora fosse esse o meu modo de ver, aliás, pela vez primeira, externado entre nós (\*) a reflexão posterior tem me feito ecletico, pensando que as inoculações alternadas, na veia e na cavidade arachnoideana, preenchem melhor ao complexo de indicações therapeuticas que a molestia de Weichselbaum promove.

Assim sendo, orientar-se-á o tratamento da maneira que segue:

a) é possivel a injecção intravenosa;

b) não é a mesma possivel ou pela idade do doente ou pelas condições de tecido cellular adiposo, exiguidade de calibre das veias, etc.

No primeira caso, far-se-ão alternadamente, de 24 em 24 horas, injecções de 50 a 80 cc. de sôro (endovenosa) e de 20 a 30 cc. (via epidural) apôs a retirada de quantidade approximadamente equivalente de liquido cephalo rachidiano; essa será a norma para os casos muito graves.

Nos casos de média intensidade far-se-á a alternancia de 48 horas, ou, o que é preferivel, manter-se-á o mesmo intervallo e diminuir-se-ão as dôses para 30 cc. e 15 cc. respectivamente.

Obedecendo-se a essa directriz receberá o doente na primeira hypothese de 150 a 200 cc. e na segunda de 80 a 120 cc.; cumpre, entretanto, insistentemente affirmado que a gravidade insolita de certos casos ou a rebeldia ao tratamento não importam em suspendel-o, attingida essa dôse, antes que aconselhem a insistencia na sôrotheraphia; os casos citados, entre outros, por FLEXNER e NETTER que attingiram dôses de 400, 600 e 800 cc., em tudo analogo aos apresentados por nós em relação á peste, são disso demonstração e respondem bem ás criticas dos que, por escasso manuseio desse meio, temem-se de superar a primitiva dosagem aconselhada nos livros.

---

(\*) Academia de Medicina, sessão de...

Os resultados são evidentes ao mais simples exame; as estatísticas citadas em todos os livros e revistas, isso comprovam.

Assim:

	<i>Mortalidade bruta</i>	<i>Mortalidade rectificada</i>
Antes da sorotherapia, 75 %...		$\left\{ \begin{array}{l} 25 \% \text{ (FLEXNER).} \\ 15 \% \text{ (LÉVY).} \\ 19 \% \text{ (V. HUTINEL).} \end{array} \right.$

Depois da serotherapy, 16 %. 11 % (div. por HUTINEL).

Infelizmente, entre nós, não foi possível organizar uma estatística escoimada de causas de erro, porquanto, apenas dois casos, dos que pudemos collecionar, dos diferentes serviços do Hospital S. Sebastião, foram tratados exclusivamente pela sôro therapy.

Todavia, da apreciação cuidadosa que temos feito da ação therapeutica do sôro antimeningococcico, um commentario nos pareceu possível.

O sôro antimeningococcico não tem, guardada a devida relatividade, o poder curativo intensivo do sôro antipestoso ou antidipterico; sua ação, sobre ser menos efficiente, é manifestamente menos fiel e mais tardia. As difficuldades que se antolham ao medico, em face de taes casos, no nosso meio, de encontrar, na quantidade precisa o sôro específico, determinam a necessidade do socorro a outras medicações que o substituam.

Na conformidade de quanto vem sendo exposto sobre a pathogenia e a symptomatologia da molestia de Weichselbaum, a par da especificidade therapeutica que a especificidade de germe aconselha, outras indicações geraes hão mister attendidas. Os metaes coloidaes, e dentre elles predominando a prata, prestam magnificos serviços, atenta a sua ação bactericida; tem sido, pela falta do sôro, a medicação por nós usada em mais larga escala, empregada com exito, máo grado as condições desfavoraveis em que tem vindo os doentes a tratamento.

O collargol, ou por via sub-arachnoidéa, ou por via endovenosa, modifica favoravelmente os phenomenos geraes da infecção e, como tal, deve ser aconselhado na ausencia do sôro.

A balneotherapy comporta as mesmas indicações das de-mais molestias infecciosas e deverá ser simultaneamente usada; a escolha do método obedecerá ás preferencias de cada um. Pelos motivos já longamente expostos em varias monographias as nossas são pelo método por nós introduzido no Hospital S. Sebastião e hoje, alli, quasi systematicamente empregado: temperatura igual á do corpo, duração 10 a 15 minutos, resfriamento gradual até 3°, abaixo da temperatura inicial, envolvimento em cobertura felpuda, repouso durante 15 a 20 minutos, renovamento do banho de 4 em 4 ou de 6 em 6 horas; afóra essas, a medicação symptomática será usada de accôrdo com as indicações do momento.

As estatísticas do hospital, comprehendidos apenas os casos de verificação bacteriologica, dão uma porcentagem bruta, de mortalidade, igual a 33 %.

<i>Anno</i>	<i>Cura</i>	<i>Obito</i>	<i>Total</i>
1912.....	0	1	1
1913.....	8	3	11
1914.....	1	1	1
1915.....	1	0	1
—	—	—	—
	10	5	15

Attendida, porém, á circumstancia de ter sido o internamento dos doentes, em média no 5º dia de molestia, e tratar-se em geral, de doentes, com uma cifra de resistencia organica muito diminuida, attentas suas condições de vida, privações, alcoolismo, etc., falam em favor da therapeutica instituida os resultados alcançados.

Nem sempre á primeira injecção de sôro a temperatura se modifica; por vezes a quēda se observa dentro das primeiras 24 horas, e pôde ser definitiva, em crise, em outros casos faz-se lentamente e a efervescencia só se completa ao fim de alguns dias.

Os symptomas varios, de ordem geral e os devidos ao compromettimento do sistema nervoso paulatinamente arrefecem: delirio, cephaléa, insomnia, rachialgia; via de regra, os phenomenos contracturaes, e, entre elles, dominando a rigidez da nuca, são os ultimos a desapparecer.

Respeito aos inconvenientes da soro-terapia, nada poderia dizer que não fosse o repetir quanto foi minuciosamente analysado em nosso trabalho sobre a "Physionomia clinica da peste"; da pathogenia daquelles accidentes brilhantemente estudada e reconhecida por MORAES MELLO, do meio de evitá-los por nós proposto com um exito magnifico, tudo se disse alli.

Reaberta a questão em discussão acalorada na Academia Nacional de Medicina (\*) pelo temor dos pretendidos phenomenos anaphylacticos, cremos ainda tel-o resolvido, ao menos praticamente, segundo as instruções então alli expedidas.

*Garfield de Almeida*

---

(\*) Sessões de Outubro de 1913 e Agosto de 1914.

# MANIFESTAÇÕES INICIAIS DA DEMÉNCIA PRECOCE

PELO

PROF. HENRIQUE ROXO



## MANIFESTAÇÕES INICIAES DA DEMENCIA PRECOCE

Uma das questões de maior interesse e responsabilidade para um clinico é a do diagnostico da demencia precoce quando o seu quadro symptomatico bruxolêa apenas no seu inicio. Si se affirma á familia que o doente é um demente precoce, declara-se, ipso facto, que é elle incuravel, e comprehende-se bem quanto se comprometterá a reputação do medico, si a um tal pessimismo de asserção se seguir uma cura completa.

Por outro lado, desconhecer a entidade clinica e annunciar um restabelecimento psychico definitivo num doente que dia a dia decahe, são circumstancias que igualmente muito comprometterão o seu criterio profissional.

Muitas vezes pensará a familia que o doente se antolha a peiorar porque o tratamento não foi razoavel quando tal se não deu, e tudo deriva da nossa inopia de recursos therapeuticos para sopitar rapidamente os disturbios do metabolismo cellular oriundos de toxemias devidas a alterações de glandulas de secreção interna.

Quando se inaugura a demencia precoce, podem surgir accidentes morbidos que a confundam com outras doenças. O doente é apresentado frequentemente como um neurasthenico. Pode-se dizer mesmo que é o feito, pelo qual se apresenta habitualmente ao exame medico. A familia accentua mil e um detalhes, pelos quaes se lhe affigura este diagnostico irrefutavel. E o doente, com a falta de iniciativa que tão cedo surge, não relucta e acquiesce em se deixar levar ao clinico como si fôra um exgottado. Friso bem que não é elle que busca o medico. Todos que tenho visto, veem á consulta, sem que se apresentem a se queixar de mil incommodos como o vulgar neurasthenico.

Já se nota uma certa indifferença moral, já ha falta dos estímulos affectivo e volitivo.

Ha crises de inercia motora que não são mais accentuadas de manhã como na neurasthenia.

Entre os primeiros signaes da demencia precoce predomina sempre o tom depressivo. Raro é que uma excitação abra a scena. O doente se mostra desanimado, pouco accessivel ao consólo. No emtanto, si se lhe pergunta qual o motivo do desanimo, elle nunca se mostraria como o da doença de Beard, a invocar varios motivos para o seu desprazer. O doente começa de ter desejos de viver comsigo, retrahido, e cada vez tem menor satisfação no convivio com a familia. O que outr'ora lhe dava alegria e prazer, lhe não causa móssa.

Ha vertigens, dôres nos membros, cephaléas que predomina nas regiões supra-orbitaria, occipital e no fundo da cavidade orbitaria.

Não ha rachialgia intensa como nos neurasthenicos, mas encephalaalgia mais forte que a destes.

Surgem disturbios dyspepticos.

No sexo feminino, ha crises de excitação correlatas com o desequilibrio catamenial.

As regras escasséam, tornam-se irregulares. O sonmo foge e nas noites em claro o cerebro delira na visão de scenas, em que a sexualidade representa papel saliente.

Frequentemente, o demente precoce, no inicio, é um desorganisado na esphera sexual. Ou se recolhe numa pratica abusiva do vicio de Onan, ou se esfalfa nos orgasmos da copula, em que rebusca os requintes do gozo.

Quer um, quer outro facto são invocados como genesis da pretensa neurasthenia. E, no emtanto, são prodromos da demencia precoce.

E' bem curioso como os disturbios da vida sexual se destacam no inicio della.

A doutrina de Freud tem ahi bastas vezes notavel applicação. Os complexos sexuaes recalados veem á tona e aqui e ali se percebe uma phrase, em que se sente a allusão a um trama sexual. Embora disfarçada, é a preocupação que se antolha dominante. O pensamento gyra, sobretudo, em torno de idéas eroticas.

Autheame e Mignot, em artigo publicado em 1907 no "Encéphale", chamam a atenção para disturbios graves do senso moral que preludiam a demencia precoce.

Muitas vezes, durante alguns annos, os individuos reincidem na delinquencia e só mais tarde se constata que pertencem a esta forma de alienação mental.

O desapêgo pela familia e pelo respeito aos bons costumes se fazem sentir a cada passo.

Em sua estatistica, dizem aquelles autores, constataram que 9 o/o chegaram mesmo a ser delinquentes condenados. Isto importa em lembrar que nas cadãas se recrutarão num exame detido doentes que com essa rubrica melhor coubessem nos asylos de alienados.

Os presos deveriam ser sempre examinados por um alienista e assim se evitaria que abarrotassem as prisões os que, assistidos convenientemente, talvez podessem ser uteis á comunidade.

Em geral, a decadencia intellectual precede a moral, mas no caso vertente, o contrario se antolha.

Autheame e Mignot dão a este periodo a designação de medico-legal.

Os doentes teem a noção intima de que a sua capacidade de raciocinio se enfraquece. Elles sentem que a atenção não pôde convergir duradoura na investigação de qualquer phomeno. E o cansaço lhes acarreta o aborrecimento. Dizem elles que bem percebem que não são os mesmos que até então. Attribuem tudo a uma neurasthenia que representa a mascara de uma doença muito mais grave.

Sente-se que ha uma certa extravagancia na exteriorisação das emoções. O individuo ri-se quando não ha motivo para tal, e muitas vezes não pôde refrear a gargalhada que dá.

O olhar vago testemunha uma preocupação que se omite.

Distrabido em excesso, desapercebe-se das obrigações e se esquece de responder ao que se pergunta. Impressionam estes doentes pela exquisitice de suas attitudes e pela irregularidade de suas reacções. De quando em vez ha um impulso que nada fazia prever.

Entram a emmagrecer de modo surprehendente e si são fumantes, se patentêa exagerada a quantidade de cigarros ou charutos que consomem.

Mudam a cada passo de orientação: querem num instante uma cousa que pouco depois refugam sem maior detença.

Ducosté chama a attenção para as fugas communs neste periodo, as quaes são por elle descriminadas em: de instabilidade, de impulso e de deficit.

A intelligencia é cada vez menor e de quando em vez surgem allucinações do ouvido que o doente ainda tem energia para procurar sonegar.

Quando em tenra idade, no inicio se não constata delirio algum, ha o que Charpentier chama a demencia precoce simples dos adolescentes normaes.

Tiques frequentes fazem com que os doentes se apresentem como degenerados careteiros. E o negativismo lhes acarreta o conceito de implicantes ou teimosos.

Maillard, no "Encéphale", de Janeiro de 1910, chama a attenção para um phenomeno precoce muito curioso: si se pesquiza o reflexo rotuliano, constata-se o exagerto deste e o facto de ficar a perna, depois de projectada para diante, numa semi-extensão ou voltar a uma posição adiante da que tinha.

Ha como que um esboço de tensão muscular que faz a perna se inteiriçar e evitar a collocação exacta, em que estava.

Na demencia precoce, mesmo no inicio, são frequentes estes casos de exagerto de tensão muscular, entre os quaes se enquadra o de ficar a perna, depois de percutido o tendão rotuliano e de voltar ella á tranquillidade, um pouco adiante do lugar, em que estava.

Anfimoff, em artigo da "Révue Neurologique", de 15 de Maio de 1913, diz que sempre encontrou no começo um accesso agudo, uma infecção qualquer. Isto está de acordo com o que muitas vezes ouvi ensinar o saudoso Prof. Gilbert Ballet. Este frisava que sempre havia uma série de crises de confusão mental, a que se seguia a demencia precoce. E' facto que se torna preciso prestar muita attenção ao prognostico dos confusionaes reincidentes. Mais de uma vez tenho visto doentes que depois de curados de tres ou mais episodios confusionaes, cahem na incurabilidade demencial. No entanto, isto não é regra, e muito caso ha, em que o inicio não é este.

Christian (Annales Médico-Psychologiques, 1899, p. 177), insiste em affirmar que é proteiforme o aspecto, pelo qual se

inaugura o mal. Não ha uma forma unica. Penso, porém, que ha um conjunto de caracteres predominantes que facilitam a diagnose precoce. São estes signaes que venho analysando e que se compararam com os pequenos signaes do brightismo, que muito cedo e veladamente, vaticinam perfeitamente o mal.

Si basta vez se nota o negativismo, não é excepcional uma docilidade extrema. Weygandt assignala o facto e parece que o doente se apresenta mais humilde, mais docil, embora não tão meigo como antes.

Salerni diz que na demencia precoce não ha discussão, nem analyse da idéa morbida que se implanta no individuo. E' por isso que ella tão profundamente se arraiga.

Obraztsoff chama a attenção para a analyse da escripta que muito precocemente se modifica.

Difficilmente consegue elle escrever em linha recta e procura muito enfeitar as letras, servindo-se, a miude, de symbols.

Pascal diz que a decadencia intellectual se percebe menos na escripta que na palavra e é signal importante, accrescenta elle, esta dissociação entre a linguagem graphica e a falada.

O feitio da letra muda e se reconhece facilmente pelos des-cuidos a distracção, em que se debate o doente.

Autheame e Mignot encontraram muitas vezes, bem no inicio, um suór viscoso nas mãos, o qual vinha por accessos e era por elles attribuido a perturbações vaso-motoras e secretoras.

Em alguns casos encontrei muitas phobias e obsessões, um feitio perfeito de psychasthenia, a dissimular o mal. No entanto, si a energia volitiva para remover a idéa que tortura, é escassa num e outro caso, a emoção na psychasthenia é sempre muito maior.

O estado de anciedade como no nervosismo, tambem se antolha. Quando o mal o invade, o doente fica irritadiço e experimenta varios disturbios cenesthesicos.

Em trabalho que escrevi sobre as perturbações da cenes-thesia na demencia precoce (Revista Syniatrica, n. 1, 1910), referi como consuetudinarios nos prodromos desta doença, a sensação de ardor forte na vista, de pressão incomoda no globo ocular, a encephalalgia, sensações extravagantes nos intestinos

como a de por elles escorrer um caldo grosso, segundo a descrição dada por uma doente, cuja analyse fiz naquelle trabalho.

A psychasthenia e o nervosismo são duas modalidades da neurasthenia e os elementos de diferenciação desta já foram apresentados.

A's vezes, ha crises hystericas repetidas e o diagnostico torna-se delicado.

Muitas dementes precoces figuram como hystericas durante muito tempo, até que um exame cuidadoso exclue a duvida. Na hysteria os phenomenos são creados por suggestão e removidos pela persuação, de sorte que esta pôde modificar perfeitamente o quadro clinico. No entanto, na doença que analyse, o doente não cede á influencia de outrem. Tem elle perda de affectividade e de iniciativa e a decadencia intellectual não tarda a vir.

Quando nella os ataques hystericos se manifestam, são frequentemente enxertados de tiques, estereotypias, exteriorisação de idéas absurdas e falta de proporção entre o pensamento e a mimica que o traduz. No intervallo dos accessos, ha maior falta de emoções e demonstração mais positiva de idéas tolas e desconexas.

Clark (American Journal of Insanity, Julho 1914) descreve casos atypicos, em que quasi tudo é de hysteria, lembrando para distinguir não haver nesta a mudança profunda de genio e a falta de desejo de se retirar do asylo como na demencia precoce se constatam.

Luckeroth descreve casos de hysteria com syndromo catatonico, em que a duvida balançou longamente no seu espirito.

Biswanger diz que a hysteria pôde realmente preceder a demencia precoce e ter seus symptomas proprios antes dos desta. Isto é razoavel.

Tenho observado casos, em que a transição se me antolhou bem nitida.

Havia no começo crises hystericas que se repetiam, depois sobrevieram disturbios catameniacs e desnutrição progressiva que resistiam a toda therapeutica, surdindo a pouco e pouco o estado demencial. Os symptomas deste iam brilhando nas cinzas dos européis da outra.

Outro pregoeiro é a epilepsia. No decurso da catatonia, principalmente, ha crises epileptiformes, mas isto não interessa no caso e sim no de prefaciarem a demencia precoce.

Quando num moço as crises não são occasionadas pela syphilis, penso um prodromo demencial. E' um ataque que vem inesperadamente, que se repete e coincide com uma modificação profunda do humor. Depois de cada um, o individuo fica menos intelligente e mais desamoroso.

Kraepelin, Masoin, Urstein e Pascal citam casos de evolução rapida, logo em seguida a uma crise convulsiva.

E' uma intoxicação por insufficiencia endocrinica a causa de tudo.

Póde parecer, ás vezes, que se trate do inicio da psychose maniaco-depressiva.

O doente mostra-se a pouco e pouco deprimido, inactivo, irresoluto. Parece que vai explodir uma crise de melancholia, mas a depressão não é acompanhada de tristeza e verificam-se impulsos, negativismo, indifferença affectiva, irritabilidade, inercia volitiva, que esclarecem o typo mórbido.

Paul Courbon (Encéphale, Maio de 1913) diz que assim como um asthmatico póde tornar-se um tuberculoso, assim também um doente de psychose maniaco-depressiva póde com o decorrer dos annos ficar demente precoce, pela associação das psychoses. Isto será, porém, uma excepção.

A confusão resulta de um vicio de analyse.

No caso em que o doente se assemelhe a um maniaco, a diferenciação se fará, porque na demencia precoce o individuo se preocupa menos com os outros, é mais absurdo na sua idéação, é mais incoherente e destaca-se bem a ataxia intra-psychica de Stransky, isto é, a discordancia entre a vida intellectual, affectiva e volitiva.

Muito difficultoso é, num caso de enfraquecimento mental post-infeccioso, dizer, ás vezes, si deste se trata ou de uma demencia precoce incipiente. Tenho actualmente em tratamento na Casa de Saude do Dr. Eiras uma doente, em que mais de uma vez se me deparou esta duvida. Tivera ella um parto e vinte e tres dias depois deste houve um resfriamento, a que se seguiu a suspensão do corrimento sanguineo. Ficou ella então com uma infecção puerperal, havendo estado mental caracteri-

sado por anciedade, crises de tristeza, incoordenação de idéas, dysmnésia, allucinações visuaes e auditivas, vago delirio persecutorio, desorientação allo e auto-psychica, perda da noção de tempo, hypoprosexia, idéas de suicidio desorientadas, insomnia, exagero dos reflexos rotulianos.

Medicada convenientemente, tudo isto desappareceu quasi inteiramente. Restam apenas torpor intellectual muito accentuado e amenorrhéa. A doente custa extraordinariamente a responder a qualquer pergunta que se lhe faça, não revela mais o mesmo desejo que anteriormente, de estar com a familia, não busca alimentar-se, tem estereotypias e de vez em quando lhe brinca nos labios um pallido sorriso.

Entre as fórmas de psychoses infectuosas, Kræpelin descreve os estados de enfraquecimento mental infeccioso, em que ha como caracteres, abaixamento do nível intellectual depois de uma infecção, dificuldade na elaboração do raciocinio, percepção difficult, attenção escassa, vida emotiva inferiorizada, genio tristonho, crises de anciedade, episodios delirantes com idéas de peccado ou de perseguição, disturbios da cenesthesia, insomnia, perturbações na palavra, crises epileptiformes e hypnutrição bem sensivel. A doente, a que me refiro, parece enquadrar-se actualmente nesta rubrica, mas se não pôde negar que se assemelha muito a uma demente precoce incipiente.

Houve uma suspensão do fluxo post-partum e se seguiram o enfraquecimento mental e uma apparente indifferença affectiva.

A doente lembra uma catatonica. No entanto, a idade de 38 annos que tem, não condiz muito com o periodo de inicio da demencia precoce.

Do mesmo modo, não ha o negativismo, os impulsos, a extravagancia de gestos e attitudes e a suggestibilidade que a ella pertencem.

E' preciso meditar-se bem para que a differenciação perfeita se faça, pois o aspecto de uma é o da outra.

O enfraquecimento mental post-infeccioso representa um estado de confusão mental, com debilidade mental adquirida.

Pôde curar-se perfeitamente e a demencia precoce não é susceptivel desta vantagem.

Pôde dar-se o caso de um individuo profundamente degenerado, cheio de actos extravagantes e impulsivos, tornar-se demente precoce e surgir a duvida do que caiba ao inicio desta.

Quanto ao criterio degenerativo, não pôde servir, pois os autores são concordes na sua constatação neste ultimo caso.

Ghirardini frisa bem que ha, em geral, uma herança psychopathica bastante grave.

Giovanni Saiz (Rivista Sperimental de Freniatria, de 1907, fascs. 2 e 3) publicou um interessante artigo, em que refere que  $\frac{3}{4}$  dos dementes precoces evidenciam anomalias physicas de degeneração. Ha sempre a base hereditaria e a existencia de uma auto-intoxicação.

Edward Nellus (Boston Medical and Surgical Journal, Fevereiro 1914) diz que se deve vigiar bem a creança de familia nevropathica, pois se torna facilmente demente precoce e, averiguado o mal no inicio, pôde ser curado.

O simples degenerado não apresenta o negativismo, as estereotypias, a profunda indifferença affectiva, a associação extravagante de idéas que neste se encontram.

Plaskuda (Allg. Zeitsschrift für Psychiatrie, 1910) escreveu um artigo, em que diz que a demencia precoce pôde enxertar-se num imbecil. Neste caso, si a pobresa intellectual pôde ser igual, não ha, porém, estereotypias, negativismo e impulsos tão accentuados.

Leuer (Il Manicomio, 1910) chamou demencia precoce phrenasthenica a que evolue num imbecil. Diz elle que se desenvolve de forma insidiosa, desaggregando-se a pouco e pouco a personalidade e havendo não só o misoneismo pathologico, como tambem a antipraxia.

Nestes casos trata-se frequentemente de uma psychose associada e é sempre delicado distinguir bem quando o novo mal se inicia. Isto importa muitissimo, pois a demencia precoce, bem no inicio, medicada com toda energia, poder-se-ha curar, ao passo que quando o endocrinismo perturbado já acarretou notavel atrophia cerebral, destruição sensivel das cellulas cerebraes, é obvio que nada mais se poderá conseguir.

Para que possamos lobrigar uma entidade clinica nos seus prodromos, é indispensavel que conheçamos bem os quadros cli-

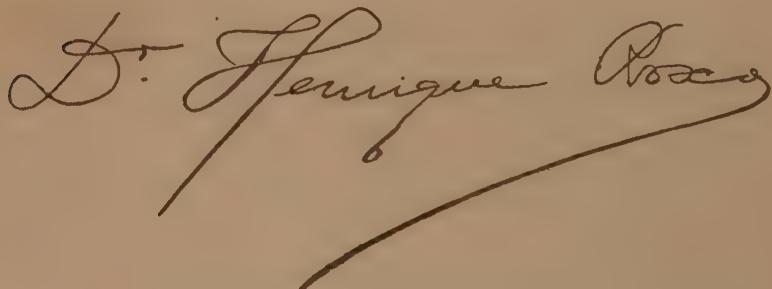
nicos que com ella se possam confundir, para que sejam elles extremados.

E' por isso que esses quadros differenciaes mereceram detalhes, pois o seu destaque e a analyse dos elementos de confusão servem para esclarecer as duvidas.

Por outro lado, os predicados da demencia precoce que bruxoléa na phase prodromica, mereceram descripção e analyse. Poucos são e subtis, mas delles não ha descurar. para que a previsão acarrete a cura. Si ainda a duvida persistir, deve ser investigada a reacção de Abderhaldem e as insufficiencias cerebral, thyroidéa, testicular ou ovariana e, talvez, thymica e pancreatica se constatarão.

O emprego do 914 e da opotherapia intelligentemente aplicada, virão impedir que um cerebro que vai decahindo, sossobre definitivamente nas trevas de uma doença que apaga o affecto, extingue a iniciativa, e como um requinte de perversidade, faz com que a tuberculose ahi sempre encontre uma presa facil.

A previsão clinica é um elemento de grande successo e neste caso ella impedirá que se apague a vida intellectual, o bem inestimável que nos pôde fornecer dias de maior ventura, horas de maior alegria.

A handwritten signature in cursive ink, reading "Dr. Henrique Rocha", is positioned at the bottom of the page. The signature is fluid and expressive, with a long, sweeping line extending from the end of "Dr." towards the end of "Rocha".

# RADIOGRAPHIA E SINUSITES

PELO

PROF. J. MARINHO



## RADIOGRAFIA E SINUSITES

### I

Nas enfermidades do nariz, extremam-se as sinusites pela frequencia, importancia do tratamento, complicações septicas e endo-craneanas a que por vezes se exacerbabam.

O diagnostico é facil: adulto + pús pelo nariz = sinusite. Corrimento por uma só narina ainda mais pelo claro a denuncia, porquanto a sinusite acomete, de ordinario, um lado só; os dois, outras molestias que se podem com ela confundir. A ozena, de par com a perda do olfacto, pus filamentoso e grandes crostas verde-negras nas duas cavidades, tem acre nauseativo só dela; além disso, doença que se contrae na infancia, sua historia é mais antiga que a da sinusite. A sifilis evolve ruidosa na tumefação, dôr, e, ao diante, na sequestração intermitente que a ninguem ilude, e as sinusites desconhecem. A leishmaniose pouco segregá, e a localisação extreme nasal é rara. Assim mesmo a tuberculose, ao menos entre nós.

A supuração do rinolito é a que mais retrata a de sinusite: pus, via de regra, em ambos, de longa dacta, por um lado só. Mas sobre ser menos abundante, nunca lhe falta, ainda que a intervalos, laivos de sangue — de ulceração provocada pelo contacto da mucosa com o calculo — e mau cheiro, diferente do fetido ozenoso, não percebido do doente anosmico, e só de longe em longe, intermitente e fugaz, nas inflamações dos seios.

De resto, a sonda, tocando a pedra, dirime a duvida.

Na criança o raciocinio é outro: se de mezes, corrimento demorado é difteria, mais frequente nessa idade, no nariz, do que geralmente se cuida; mais tarde, corpo estranho, — nucleo de futuro rinolito — tão provavel, quanto nos primeiros anos a infecção dos seios, ausentes ou rudimentares, é curiosidade ainda mais rara do que parece contada pelos casos, sob essa rubrica publicados, de osteomielite do maxilar superior, propria à idade.

Se, dest'arte, repassando pela memoria doenças afins e a sinusite, o diagnostico dela é leve encargo, não o é por igual determinar a cavidade de onde vem o pus, se de uma só, se de varias, simultaneamente, visto que todas se agrupam deredor do nariz e nele desaguam como num estuário comum.

Salvo a diafanoscopia, mais elegante e comoda que segura e fiel, não havia, até ha pouco, como particularisar a séde da supuração, senão olhar, com auxilio do refletor, contra os orificios de descarga no interior do nariz, e daí rastrear a cavidade doente, onde não chega a vista.

Era assim que se fazia, e se faz, aliás, com proveito ainda: retraida a pituitaria pela adrenalina, enxuga-se de todo, com pinceis de algodão, até a ultima gota, o pus do nariz. Instantes depois, dois a tres minutos, lá pega ele de correr de novo, a borbotar da fonte. Aparece na porção posterior da goteira do unciforme, a sinusite é maxilar ou das celulas etmoidais anteriores; adiante, no infundíbulo, do frontal; se entre o corneto medio e o septo, no espaço olfativo, testemunha contra etmoidite posterior ou supuração do esfenoide.

Não cabem nesta entreaberta, que já tem que farte ao intento que aponta e logo veremos, maiores particularidades ácerca do diagnostico diferencial a que ainda se propõe, por miudo, a rinoscopia investigar.

Antes, o acentuar-lhe as dificuldades.

O cartuxo medio, irritado e aumentado em volume pelo continuo correr do pus, é o mais serio embaraço que se opõe á pesquisa. Remove-lo, todo ou em parte, é classico, sem inconveniente, mas pouco vale. Pelas bordas osseas que sobejam á reseção, pelos sulcos e goteiras entrelaçadas que formam, o pus, por capilaridade, venha de onde vier, colea por toda parte, diminuindo, na pratica, as considerações, que, teoricamente, fazem do diagnostico das sinusites, por via endo-nasal, simples questão de anatomia e tirocinio apurado de rinoscopia em tais exames.

Não ha cirurgião que não tenha experimentado disabor nos seios nasais. O insucesso vem antes do diagnostico incompleto, que de possiveis falhas na execução operatoria. A sinusite maxilar, muito conhecida, é operada todos os dias: pus pelo nariz, dôr de cabeça, molar doloroso, e, num pronto, abre o pratico operador a parede anterior do outro, cuida-lhe da mucosa,

DIPOSITIVO



I  
Ma. Car. — Dôres de cabeça intensas e inexplicáveis. Vem, ultima esperança, fazer examinar o nariz.

Rinoscopia negativa.

Radiografia também, seios inddenes.

Apreciam-se os limites muito nítidos do antró frontal esquerdo prolongado sobre o direito, mais apagado, mas de contornos normais. Acima, extensa mancha escura ondeada, à semelhança de água que uma pádra tocou, chofrando a superfície.

Os radiologistas interpretam este arrugado como sinal de compreensão intra-craneana.

Nenhuma papilite por estase.



DIPOSITIVO



Lado esquerdo

II

Mar. I. Mar. — Por meados de 945 secreção purulenta rebelta pela narina esquerda, por onde, fazia dez meses, extraía seis polípos.

Rinoscopia: pús abundante correndo do meato medio.

Retirado, a breve trecho se renova. Não é possível operar a doente com a desejada urgência. Recorre a outro medico. Volvido um ano volta ao primeiro e conta ter-lhe sido trepanado o maxilar cheio de pús. Sem embargo, a secreção continua a correr como dantes. E' justa a vihna do frontal e caía no maxilar que a retinha a laia de reservatorio. Trepanação do frontal, repleto de granulações e pús.

O corrimento dela narina cessa de todo, mas ainda é sentido, abundante, pela garganta.

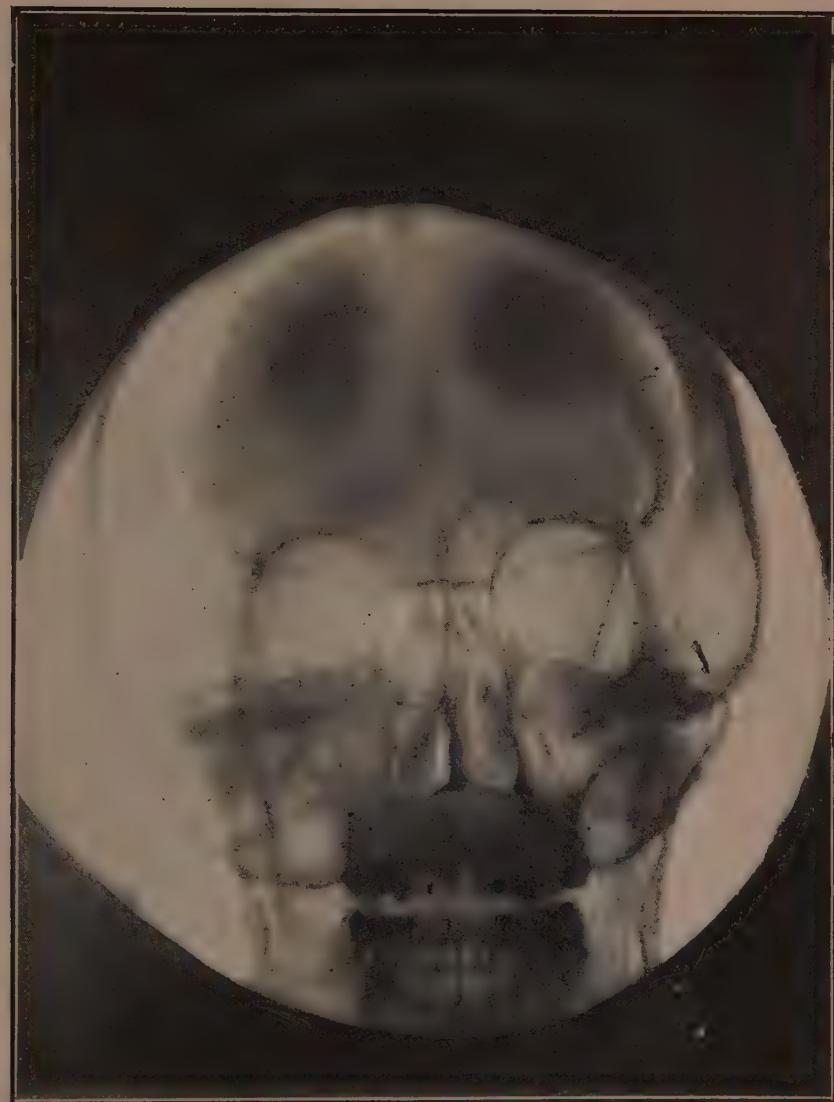
Rincoscopia: nenhuma secreção mais a esquerda.

Radiografia: sinusite maxilar direita, evidente na figura ao lado.

Neste caso, um especialista corrige outro, a radiografia os dois.



POSITIVO



Lado esquerdo

Lado direito

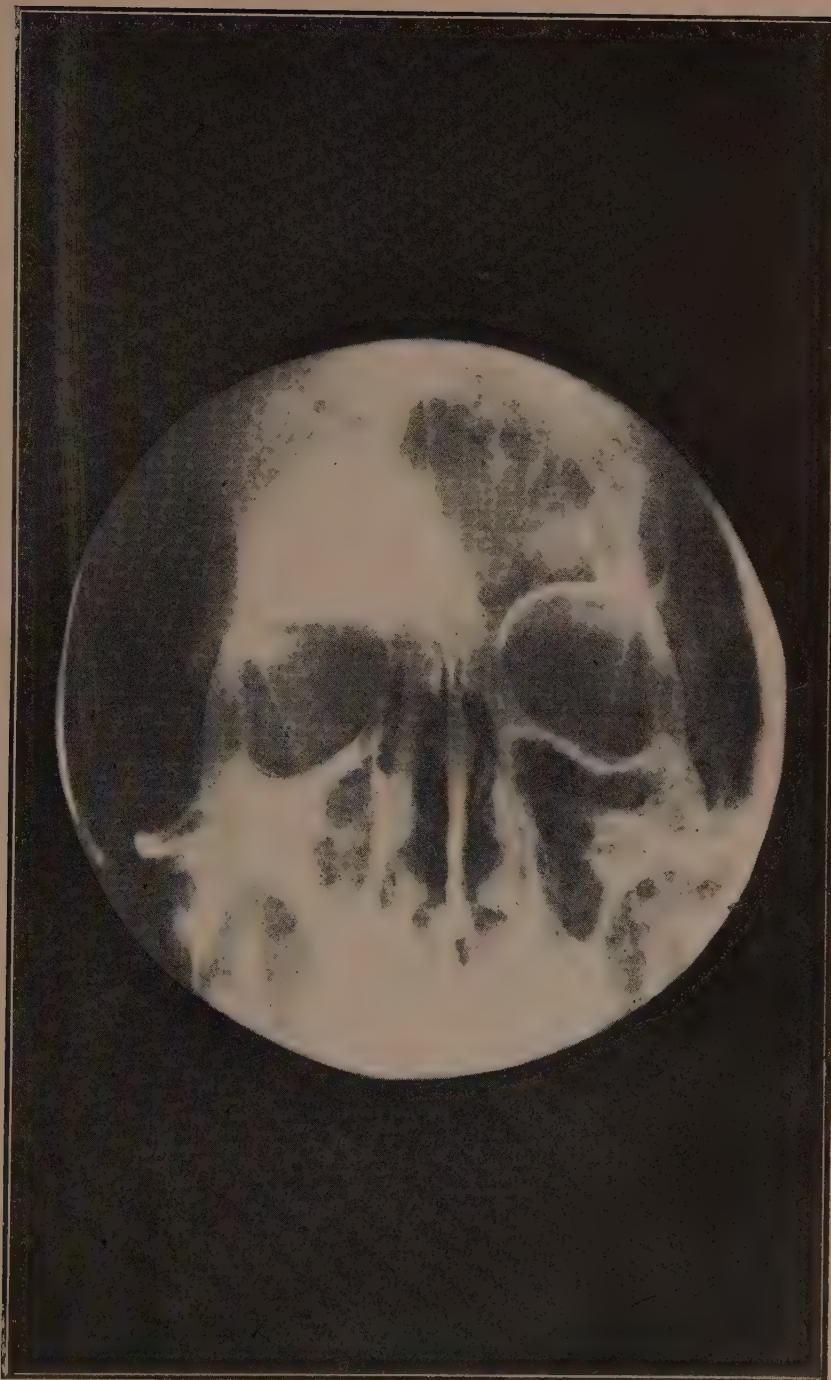
III

O. R. — Sinusite maxilar esquerda de origem dentaria.  
Punção diameática positiva.  
Radiografia, pedida para verificar o estado das outras cavidades, mostra-as indenes, dentre só a maxilar.

*Caveat!* Esta fotografia reproduz tal qual é um positivo; por isso, a mancha escura é indicio de doença. Um relâmpago de olhos, entre o nariz e a órbita, distingue, de cada lado, em sombras claras, o labirinto etmoidal desenvolvido e perfeito. No meio, a silhueta, ereta e esguia, da apofise *crista galli*.



DIPOSITIVO



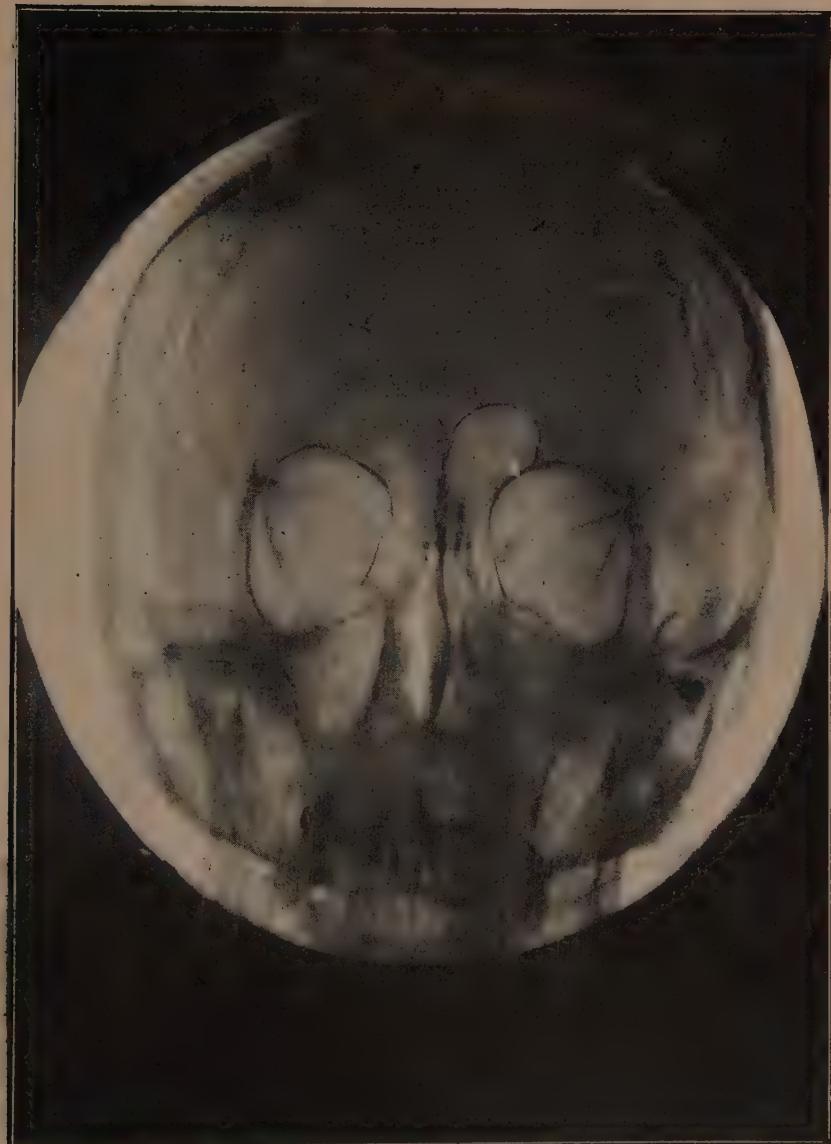
IV

Coronel A. Ru. — Antros  
sobremaneira desenvolvidos. O  
frontal direito docente de todo  
em todo.

Confrontando o maxilar des-  
te lado com o esquerdo, salta  
aos olhos que também não está  
só, conjunto melhor que o  
frontal inteiramente branco aci-  
ma dele.



POSITIVO



V

O menos experimentado firma, diante desta radiografia, sem detença, o diagnóstico: sinusite maxilar, à direita. Tudo o mais normal. Desvio em S do septo sem significação patológica. A cavidade nasal esquerda apresenta-se numa mancha muito clara, o que é dizer que está de todo ponto permeável. O escuro, na direita, significa entupimento à conta dos cornetos, que a radiografia apanhou bem, congestionados, acaso em parte hipertrofiados, pela irritação purulenta.

— Radiografia a ser interpretada como a de n. III.





VI

Senhora L. — Vai ser operada do frontal por sinusite antiga, e recebeu a tratamento conservador. Resultado estético duvidoso : a distância entre as duas boas é muito grande,



faz, e bem, a contra-abertura nasal, mas esquecido do frontal, que concorria ao pus do maxilar, a secreção aí está inalterável como d'antes.

D'outra vez, é o frontal mesmo. Ainda pior, de quando em quando, em fistula persistente do supercilio, sobrevinda á intervenção, sinal que na profundidade não lembrou ao operador o etmoide, infectado tambem.

Da frequencia de cavidades convisinhas do mesmo passo doentes, e do preocupar-se, as mais das vezes, o cirurgião com uma unica na intervenção, resulta desairar-se a olhos leigos a cirurgia dos anexos nasais, mais que nunca, a tocar a balisa de perfeição aprimorada.

Correndo a par da excellente tecnica operatoria actual, vem a radiografia trazer ao diagnostico a certeza que lhe faltava. Mais. Encaminhar, com desconhecida segurança, a intervenção no frontal. A compleição dele, multiforme e variá como de nenhuma outra cavidade da face, é grande parte na escolha do processo operatorio. O mais conveniente, escolhia-o o cirurgião, antes do raio X, tão somente depois da cavidade aberta. Agora, já vai de casa sem exitações, firme, um só plano concertado, e, previsto, a entremostrar ao doente, declinando de si, possível defeito á conta da intervenção.

Bem é de vêr a quanto montam futuras recriminações por motivos de desgraciosa cicatriz na face. Tal ha que curado de sua sinusite, esquece-lhe o mal e os riscos dele, nunca a fundura que lhe ficou do operador, tão lastimável, quanto conhece casos, ou lhe falam de outros, iguaes ao seu e sem sinal. Radiografia a tempo, com descobrir a profundidade grande do seio, teria ocorrida a ponto, e, anunciada a deformidade, forrado o cirurrião á falta que se lhe quer, sem fundamento, verberar á mão pezada.

De outra parte, ainda a radiografia, na fortuna de um seio raso, preluz ao prognostico a perspectiva de tirar-se victoriosamente de justificados anceios, em que noutro tempo se retraia, de um resultado estetico deploravel.

Sãos, cheios de ar, os seios projectam-se, na chapa radiografica, sob forma de mancha escura de contornos apreciaveis. Doentes, cheios de pus, ou séde de neoplasias, — a radiografia não

diferencia uma causa da outra — a mancha é clara, fugitivos os contornos. Escuridade e clareza são relativas. A comparação facilita interpretar-lhes o valor. Por exemplo, sombra escura, bem recortada, de uma cavidade maxilar, auxilia, pelo confronto, a estimação do esbatido proprio á doença que se presume da outra.

Encarece o valor da prova, circumstancias normais poderem modificar o matiz escuro da mancha.

Assim, quanto mais espessa a taboa externa do frontal, ou menor a distancia que a separa da interna, o que é dizer, quanto mais rasa a cavidade do seio, tanto mais clara é a sombra. Andam estas duas variedades, as vezes, por maneira ajustadas, que interpretação desprevenida viria ao falso convencimento de sinusite, senão de cavidade inexistente, a tal desmaio podem chegar a sombra e seus recortes.

Ao contrario, tanto mais escuro é o sombreado, quanto funda a cavidade, ou a parede ossea pouco espessa.

Mancha radiografica carregada, de limites nitidos, exclue com certeza a conjectura de sinusite. Muito é isto já ao diagnostico diferencial com nevralgias do trigemeo, provocadas por empiemas cronicos tambem, alguma vez sem sinais rinoscopicos apreciaveis.

Para a interpretação mais dificil da sombra clara do frontal, tira-se uma radiografia em posição transversal, a que no dizer dos especialistas se chama bitemporal. Nela se avaliam, com a evidencia quasi da que resalta em um corte sagital de crânio em anatomia, a espessura da parede e profundidade do seio, que podem, ha pouco o vimos, em circumstancias de todo o ponto normais, frizar, enganando o clinico, pela sombra clara da sinusite.

O tom claro persiste ainda depois de curado o mal. Ao que parece, responsavel pelo imprevisto é o tecido cicatricial, ou, no conceito de Kuttner, modificações estructurais do periosteio e do osso. De qualquer dos modos, tudo é um: impossivel comprovar a cura, ou o itinerario de uma sinusite, atravez da radiografia.

Por igual se resolvem duvidas que inopinadamente surgem em chapas de nariz tiradas na despreocupação de estudos ana-

tómicos, ou apuro de técnica, e que revelam — falso alarme — mancha clara muito suspeita. Nestes lances, a anamnese, a cada passo, confirma o que de pronto ocorreu: suposição de uma sinusite, em outro tempo, volvida, acaso, por conta própria à cura espontânea.

Certificado, como está, este conhecimento vem de molde a prevenir conclusões de afogadilho. Imagine-se padecente de dôr de cabeça, ou nevralgia rebelde, transferido ao radiologista, e de lá voltando reanimado na esperança do mal surpreendido em uma fotografia de sombra leve. Recolhido, sem mais, a casa da saúde, o cirurgião corre a sorte de abrir um foco já extinto e sem culpa.

Seja qual for o antro, é sempre pela mancha escura, — mancha escura no negativo, clara no positivo fotográfico — que se projectam quando sãos, cheios de ar.

A chapa occipto-frontal, também chamada antero-posterior ou de frente, em cuja técnica e meias tintas não se tocam, por maior brevidade, neste lanço de vista clínico, é a mais estimável de todas, em particular, pela projeção simétrica bi-lateral dos antros, favorável — só há vantagem em repeti-lo — à utilidade do confronto. Cumpre apanhá-la de modo que o plano sagital do crânio aponte, certo, perpendicular à chapa. Inclinada a cabeça sobre um dos lados, os raios X, antes de atravessarem a cavidade maxilar mais próxima à chapa, encontram de esconso uma das apófises pterigoides, pouco menos que em cheio a outra, o septo e a parede nasal externa correspondente, muito osso a modificar, clareando, a sombra suspeita do antro a julgar.

Livre destas projeções parasitas, e mais longe da chapa, a outra cavidade, voltada para cima, aparece mais enegrecida que de costume. O contraste acentua a clareza artificial da primeira, e tudo junto os riscos de um conceito erroneo.

Reconhece-se fotografia antero-posterior a preceito, atentando nas imagens das mastoides: porque estão afastadas do eixo sagital do crânio, e apoiada a frente à chapa, longe desta, tanto ou que se torça a cabeça da posição devida; para logo aparecerem as apófises desiguais em tamanho: a mais ao pé da chapa maior, que a outra mais afastada. Tais fotografias não

são para entender-se á letra: cumpre levar-lhes em conta o artificio, ou, cousa mais facil e segura, regeita-las e pedir novas.

Quanto ao frontal, a radiografia transversa aproveita ao que falece a de frente: avaliar a profundezas do seio e espessura do osso.

Para o maxilar pouco importam tais medidas. E que valessem, tanto montariam como nada diante da impossibilidade de distinguir, uma das outras, tres cavidades — as maxilares e a nasal — sobrepostas na projeção.

A' semelhança das antrites frontal e maxilar, as etmoidites e supurações do esfenóide se conceituam tambem do matiz claro da sombra.

O labirinto etmoidal anterior e as celulas internas do posterior desenham-se na radiografia junto ao nariz; dentro da orbita, as postero-externas; sobre o rebordo orbital, as expansões etmoidais deste nome.

Se o etmoide está indemne, a vista passeia, sem dificuldade, pelas linhas e mancha do seio esfenoidal, entre o nariz e a orbita. Não está, perde-se a nitidez da fotografia esfenoidal. Neste ensejo, radiografia bi-temporal fôra recurso mediano, por isso que os dois esfenoides, projectados aproximadamente a igual distancia um sobre o outro, se confundem a termos de tornar impossivel decidir qual o doente, qual o sâo.

Atalhando a dificuldade, propôz Rhese a posição obliqua, muito apreciada. Mas tão raro é o empíema esfenoidal e delicada a interpretação da chapa obliqua, que o assunto foge ao util e breve concertados e acomodados á natureza deste livro.

Em suma, o que deve esperar do radiologista o clinico, para esclarecido diagnostico de uma sinusite?

— Chapa antero-posterior, sempre. Outra, bi-temporal, para mais segura representação do frontal.

Aproximando-as, logo assentirá á radiografia o mais facil, porventura o mais estimável recurso que ainda prevaleceu aos melhores no diagnostico preciso de uma anexite nasal.

## II

Nenhum retoque, ou artificio, acentuou a nitidez das fotografias que se seguem. Antes, a reprodução delas, necessaria ao arranjo em livro, esbateu-lhes, a olhos vista, a excelencia primitiva. Assim mesmo aprecie-se a forte tinta das linhas dentro de que demoram as cavidades a estudar.

No primor da execução, traem estas radiografias a assinatura dos artistas que as tiraram, os Drs. R. Duque-Estrada e A. Campello, igualmente avisados em ciencia que peritos na arte, e que se nomeam para agradecer a tão ilustres colegas o valedor auxilio trazido a um diagnostico, que deve á radiografia o melhor da perfeição que hoje desfruta.

Porque não levamos em vista senão os raios X nas sinusites, ao lado de cada figura apenas vai assinalado o que elas instruem, omitida mais circumstanciada historia dos casos de que provêm, surpreendidos todos no vivo da clinica, tratados e acompanhados pelo autor.

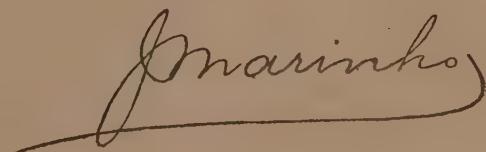
As que se marcam no topo como *diapositivas*, devem ser lidas tal e qual o são em chapa negativa, — a placa de vidro sensivel dos fotografos — onde, na questão sujeita, o que é escuro é sôlo; claro, doente.

Desconte-nos o leitor a estafadora impertinencia de repetir cousas sabidas, na necessidade de distinguir, sem vacilar, o que é claro do que é escuro. Ainda por isso, nas fotografias que vai julgar, intercalam-se duas, a III e a V, reproduções de positivos, — o papel em que se imprime o negativo — onde tudo se põe do envés: sombra clara revê cavidade sã, doente aquell'outra escura e carregada.

Compendiando :

Nas provas fotograficas negativas, ou nos diapositivos reprodução exacta delas, mancha clara = cavidade doente. Nas provas positivas, o contrario: mancha clara = cavidade sã.

Rio, abril, 1917.

A handwritten signature in cursive script, reading "Marinho", is written over a single horizontal line.



# **PAPEL DA CIRURGIA NO TRATAMENTO DA SYPHILIS**

PELO

**DR. JOSE' DE MENDONÇA**



## PAPEL DA CIRURGIA NO TRATAMENTO DA SYPHILIS (\*)

Tem a cirurgia meios de curar a syphilis propriamente dita? Não. Ella só pôde agir como meio auxiliar modificando as lezões para facilitar a acção do grande específico, o mercurio, assim como o fazem em outras circumstancias o arsenico e o iodo.

Exagerada confiança já nella depositaram grandes clinicos do seculo passado quando pretendaram erradicar o mal extirpando o accidente primitivo. Chegou-se até a extirpar tambem os ganglios inguinaes e amputar a verga na vã esperança de sustar o desenvolvimento da infecção. Uma critica desapaixonada dos casos publicados deixa bem patente a inutilidade de um tal processo de cura.

E era até certo ponto de esperar; pois o primeiro estygma não segue de perto a inoculação e só ao fim de duas a tres semanas, conforme a resistencia individual, é que elle se patenteia e desperta a attenção do paciente. Não é pois para admirar que, em se tratando de molestia infecciosa, já o organismo se ache á este tempo impregnado.

E a intervenção cirurgica em um individuo acometido de syphilis em plena actividade não é sómente inutil, torna-se tambem muitas vezes nociva porque a ferida operatoria cicatriza preguiçosamente ou deixa de cicatrizar transformando-se em uma ulcera atonica.

Poderia citar muitos exemplos; bastam tres:

1.º Muito antes do apparecimento da reacção de Wassermann entrou no meu serviço do Hospital da Beneficencia Portugueza um homem de 56 annos para ser operado de uma hernia inguinal. O estado geral me pareceu bom e não lhe encontrei

---

(\*) Todas as observações foram resumidas para não alongar o artigo. — (J. M.)

nenhum engorgitamento ganglionar ou cicatriz suspeita. Apensas percebi-lhe um certo ar abobado a que não liguei importancia por se tratar de um individuo robusto. A operação correu sem o minimo incidente e a ferida cutanea foi completamente suturada. Ao fim de sete dias levantei o curativo para retirar os pontos e notei com surpresa que a cicatrização não se dera.

Os bordos da ferida cutanea afastaram-se logo que a sutura deixou de mantel-los e deixaram á vista um fundo vermelho cobreado. Não havia suppuração. Palpando-os senti que estavam duros e como que infiltrados. Iniciei a medicação mercurial e obtive uma prompta cura com grande melhora do estado psychico.

2.º Um moço de 19 annos, alto e copolento, caiu com uma coxa partida em consequencia de um desastre de automovel. Installei durante os primeiros 15 dias um apparelho de tracção continua que logo substitui por um outro gessado. Ao retirar este segundo apparelho, quarenta dias depois, verifiquei que a consolidação não se tinha dado.

Tornei a immobilizar e administrei thyroidina sem o minimo resultado favoravel. Pensei então na interposição de partes molles e recorri á cura sangrenta pela sutura ossea com grosso fio de prata e ainda desta vez nada consegui. Pela radioscoopia e radiographia verifiquei que os fragmentos achavam-se perfeitamente coaptados e a alça se mantinha bem fechada, porém não havia callo.

Lembrei-me da syphilis e, apezar de ser negativa a reacção de Wassermann e de negar o doente ter tido qualquer accidente venereo, recorri ao 914 em duas doses III. A consolidação não mais se fez esperar.

3.º Pelo anno de 1907 apresentou-se em meu consultorio o Dr. C. S., de cerca de 42 annos, viuvo, que fôra meu companheiro durante o curso medico. Trazia no escroto uma lezão constituida por pequenos nodulos confluentes, ulcerados e supurantes. Disse que tinha sido operado em... por um collega de grande experencia clinica que extirpou minuciosamente a lezão e suturou a ferida. A cura não se manteve, pois voltaram *in loco* os mesmos nodulos que se ulceraram e supuraram. Não havia ganglios nas verilhas e o doente, que era medico, negava qualquer contaminação syphilitica.

Em quanto o examinava e reflectia dei com os olhos em sua alva dentadura postiça e rememorei a sua figura quando juntos cursamos a Escola. Vi-lhe claramente a bocca semi-aberta, os labios tumidos e pendentes, a gengiva vermelha e fungosa onde se implantavam negros cacos de dentes, os olhos lacrimosos velados por palpebras de bordos corroidos e perguntei-lhe:

— Você na Escola já não tinha dentes, não é?

Resposta affirmativa. Estava feito o diagnostico. Injecções de mercurio trouxeram a cura sem qualquer intervenção cirúrgica.

Casos ha, entretanto, em que certas condições locaes impõem a intervenção da cirurgia mesmo nas lezões produzidas pela syphilis e estes vão constituir o assumpto de nossa actual exposição.

O cancro syphilitico, a placa mucosa, os condylomas, os syphilomas e as syphilides ulcerosas cicatrizam ou desapparecem promptamente sob a medicação anti-luetica intensiva; porém, ás vezes por influencia de associação microbiana ou de fraca resistencia do individuo mostram-se rebeldes e mesmo corrosivas. Este phagedenismo, não raro acompanhado de dores insupportaveis, cede geralmente á applicação prolongada dos antisепticos, aos catheréticos e á acção mais intensa do thermo-cauterio, hoje perfeitamente toleravel graças á anesthesia local.

Um caso vi em minha enfermaria do Hospital da Beneficencia Portugueza que resistiu á todos estes meios. Tratava-se de um moço acometido de uma ulcera dissecante da verga extremamente dolorosa. Começara no sulco balano-prepucial e progredia apezar de tudo separando o forro da verga dos corpos cavernosos fundindo por assim dizer o tecido cellular subcutaneo. As dores expontaneas arrancavam-lhe gritos dia e noite.

O exame bacterioscopico da secreção revelou a presença do estaphylococco. Depois de esgotar em pura perda toda a medicação acima indicada, lembrei-me dos raios X que produziram allivio immediato ao qual seguiu-se a cicatrização.

Sobre as placas mucosas é de todos conhecida a efficaz acção topica do nitrato de prata, do sublimado e do acido chroomico.

As gommas quando precocemente tratadas cedem ao iodeto

de potassio administrado conjuntamente com o mercurio; se, porém, o tratamento chegar tarde, encontra-as cercadas de espessa zona de esclerose, infectadas e fistulizadas. Em tais condições permanecem por longo tempo e não poucas vezes reclamam uma intervenção cirúrgica modificadora ou mesmo eliminatória ao lado do tratamento médico específico. Com frequência se assentam em torno aos orifícios naturais, nos conductos escretóres das glândulas e na urethra onde causam retenção, inflamação, esclerose e fistulas, no esôfago e no intestino, onde, mesmo após o desaparecimento do vírus sifilítico, ficam atresias, inflamações e úlceras que só a cirurgia pôde eliminar. Citarei dois exemplos:

V. C., viuvo, 52 anos, caixeteiro, aparentemente robusto. Entrou em 24 de Fevereiro de 1915. Esteve muito tempo em tratamento no ambulatório à cargo do Dr. Alberto Machado, por manifestações sifilíticas, entre as quais uma úlcera na fronte, que só cedeu ao mercurio e iodeto de potassio. Diagnóstico — Gomma supurada do baço com atresia do colon aderente. O debríamento que fôra anteriormente feito, deu saída a pus no primeiro dia e nos seguintes também a tecido esfachalado. De seguida estabeleceu-se uma fistula estercoral.

Depois de um tratamento específico, feito desde o momento em que abrimos o abcesso, emprehendemos o fechamento da fistula. O doente era de pouca resistência e sujeito a colapsos em que a temperatura descia até 35° cent. com pulso pequeno. Operação em 15 de Março de 1915 sob anestesia geral com a mistura CE bem suportada. Após o tratamento específico o Wassermann foi negativo. Laparotomia mediana superior descendo até 3 centímetros abaixo do umbigo. Uma franja do epíplano que aderia à parede na proximidade da fistula foi cortada entre duas ligaduras. Verificamos que o ângulo esquerdo do colon, o polo inferior do baço e a parede abdominal anterior estavam solidamente ligados por uma massa espessa de adherências. Exclusão com anastomose do colon transverso ao descendente depois de separar completamente o ângulo cônico que foi deixado em virtude das adherências e por já ir muito demorado o acto operatório. Os tecidos sangravam abundantemente e fizeram perder muito tempo com a hemostase. O doente suportou regularmente o acto operatório e chegou a remontar-

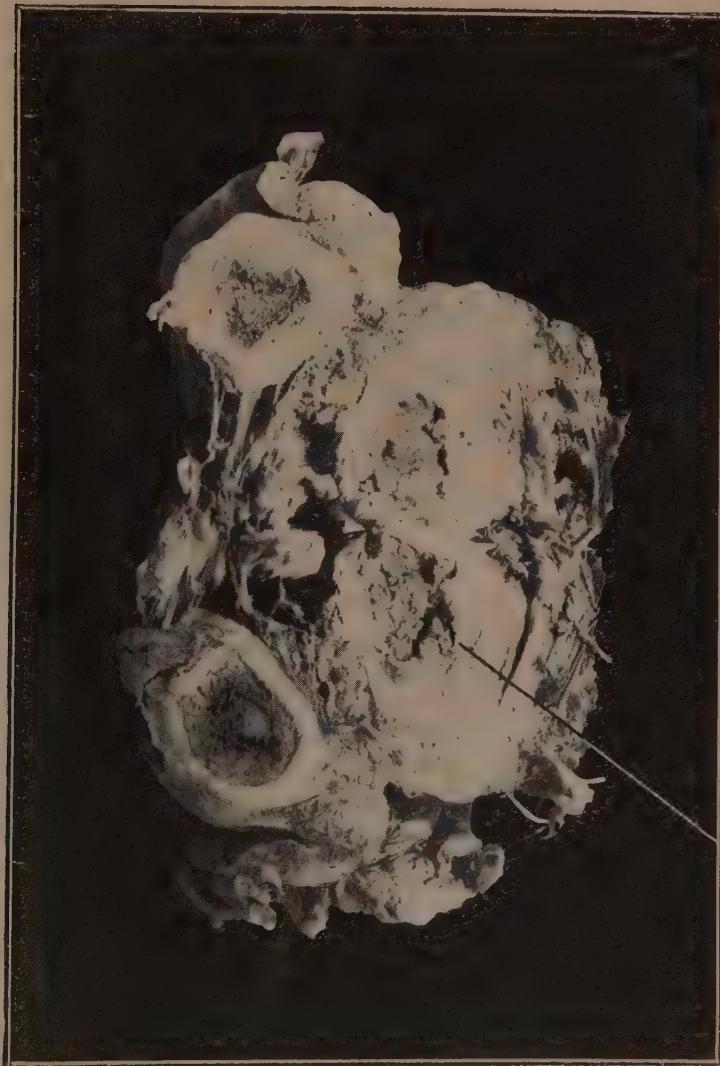


Fig. 1 — Gommas do intestino grosso





Fig. 2 — Gommas do intestino grosso



se com facilidade, o que nos surpreendeu. Em 27 de Maio novo collapso seguido de morte. A autopsia demonstrou que era o intestino o orgão mais afectado; tinha a luz diminuída e as paredes muito espessas e esclerosadas. Não havia peritonite e a anastomose estava bem mantida. (Vide clichés ns. 1 e 2).

Mme. J. M., casada, com filhos, 38 anos, profundamente depauperada. Marido syphilitico. Há cerca de 10 anos começaram os sofrimentos caracterizados por crises de diarréia acompanhada de mucosidade sanguinolenta. Há 4 notou que as fezes sahiam em fita muito delgada e só conseguia evacuar com purgantes repetidos. Se comia um pouco mais vinha o tympanismo que muito a incomodava. Por ultimo perdia sangue constantemente, mas não tinha grandes dôres. Duas vezes fez a reacção de Wassermann, sendo que a 1<sup>a</sup> foi negativa e a 2<sup>a</sup> francamente positiva.

Deram-lhe 914 que foi mal supportado, assim como o mercurio. Urina sem dificuldade.

Exame — Estreitamento do recto que só permite a passagem de uma tentacanula de grossura média. Ao nível delle a mucosa sangra facilmente; abaixo não ha ulceração. A cavidade da empolla está quasi desapparecida, pois o dedo choca a massa endurecida logo ao atravessar o esphincter.

Hemorroides. O tocar vaginal deixa perceber o cylindro formado pelo recto endurecido. Na parede do ventre já não ha panículo adiposo. Tez anemica e olhos encovados. Pulso pequeno e frequente; pelle fria. Nada de notável nos demais órgãos. Começamos por fazer-lhe um anus iliaco esquerdo que logo elevou o estado geral permittindo que a doente se alimentasse. Tentamos por nossa vez o tratamento específico pelas injecções mercuriaes e tivemos de abandonal-o porque produzia crises de diarréia em que o recto sangrava abundantemente. As fricções de unguento napolitano foram melhor supportadas. Em 2<sup>a</sup> intervenção extirpamos o recto até um centimetro acima do fundo de sacco de Douglas e deixamos o intestino de maneira a poder sutural-o á pelle. Poupamos o esphincter externo. Esta segunda operação tambem foi coroada de exito e a doente melhora de dia para dia. O exame histopathologico da peça revelou esclerose da parede do recto com profunda alteração das tunicas musculares, infiltração lymphocytaria e alteração da mucosa

ao nível e nas proximidades da porção estreitada acima da qual se apresentava destruída quasi totalmente por ulceração.

\*  
\* \* \*

Desenvolvidas na cavidade craneana, no canal vertebral e nos orificios de sahida dos nervos causam commumente por compressão dôres intoleraveis e ameaçam de tal sorte a substancia nervosa, se não cedem logo ao tratamento especifico, que temos de intervir para suspender a compressão e dar folga aos nervos comprimidos.

Fedor Krause á pagina 71 de sua "Chirurgie des Gehirns und Rückenmarks", judiciosamente exprime o aspecto clinico da questão, quando diz: "Nun ist es eine bekannte Tatsache, dass alte syphilitische Produkte durch spezifische Behandlung häufig nicht beeinflusst werden. Gummata der Haut, Knochen, Zunge, die jahrelang jeder anderen Therapie Widerstand geleistet, habe ich durch Ausschabung und Exzisionen heilen sehen. Es scheint durchaus rationell, ein ähnliches Verfahren in solchen Fällen von Pachymeningites syphilitica anzuwenden, die schwere cerebrale Storungen hervorrufen und durch anderwertige Behandlung nicht beeinflusst werden, u. zwar soll man zur Trepanation schreiten, ehe die Hirnrinde und tiefer liegende Abschnitte durch den Krankheitsprogress dauernd vernichtet sind. Ein möglichst schonendes Vorgehen wird umso mehr angezeigt sein, je wichtigere physiologische Funktionen dem betreffenden Rindenabschnitt innervieren. Erfahrungen an anderen Körperstellen lehren zugleich, dass nach Ausführung der oben erwähnten chirurgischen Eingriffe Quecksilber und Jodkali ihre heilsame Wirkung von neuem bewähren." (\*)

---

(\*) Em seguida é facto conhecido que velhas produções syphiliticas resistem com frequencia ao tratamento especifico. Por outro lado já tenho visto curarem pela curetagem e pela excisão gomas da pelle, dos ossos e da lingua que durante amos se não deixaram influenciar por qualquer outra therapeutica.

Parece absolutamente racional applicar um processo semelhante ás pachymeningites syphiliticas que trouxerem graves perturbações cerebraes e que não forem influenciadas por qualquer outro tratamento e, em verdade, deve-se praticar a trepanação antes que a casca cerebral e

Por este trecho, prenhe de senso pratico, não pretende o illustre cirurgião de Berlim curar radicalmente a lezão syphilistica com o simples emprego de uma operação cirurgica, mas sim livrar da compressão destructiva a nobre substancia nervosa e collocar o doente em condições de bem receber a accão benefica do mercurio e do iodeto de potassio.

Quando as gommas se assestam em torno dos troncos nervosos as dôres são tão intensas que ás vezes exigem o seu debridamento para alliviar o paciente. O caso seguinte illustra o aserto: O. F., 31 annos, branco, brazileiro, recolhido a 8 de Dezembro de 1915. Cancro duro em 1903, diagnosticado por medico nas Alagôas. Recebeu então 12 injecções mercuriaes. Soffreu de impaludismo em 1907. O doente apresentava enorme tumor de consistencia dura e extremamente doloroso sobre o musculo grande peitoral esquerdo, que mais tarde invadiu o concavo axilar e a face interna do braço comprimindo o plexo vasculo-nervoso. Edema duro do membro superior correspondente, que aumentou duas vezes de volume, tornou-se cyanotico e apresentou o aspecto de elephantiasis.

Dôr intensissima (neuralgia por compressão). Em poucos dias sentiu-se fluetuação sobre o grande peitoral. Pela abertura do fóco sahiu cerca de 1 litro de substancia puriforme e bastante sangue, o que muito alliviou o paciente. Temperatura sempre abaixo de 37°. Reacção de Wassermann muito positiva (++++). O doente soffria tambem de myocardite aguda e só se restabeleceu pela medicação especifica (injecções de cyanureto de mercurio e iodureto de potassio internamente). Alta, curado, a 29 de Janeiro de 1916.

\*  
\* \* \*

Quando ocupam as viscerae abdominaes podem as gommas conduzir a graves e inuteis actos operatorios. Não são raros os

---

as partes profundas sejam aniquiladas de modo permanente pelo processo morbido.

Proceder com a maior moderação possivel é tanto mais indicado quanto mais importantes as funcções physiologicas que se exercam na referida parte da casca cerebral. A experincia relativamente á outras regiões do corpo por igual ensina que, depois de executadas as intervenções cirurgicas acima citadas, *o mercurio e o iodeto de potassio de novo provam a sua accão curativa.* (O grypho é nosso. J. M.).

casos de laparotomias para retirar neoplasmas que um exame posterior deu a conhecer como gommas syphiliticas. O doente cuja observação aqui transcrevo foi-me enviado para que o operasse de um neoplasma complicado por ulceração e fistula.

Dr. X, 56 annos, magro, tez morena, medianamente constituído. Ha cerca de dois e meio annos começou a sentir um tumor na região epigastrica que não era doloroso, quer expontaneamente quer á palpação. Sua cobertura cutanea não parecia alterada; cinco meses depois, porém, começou ella a avermelhar-se e ainda decorridos dois outros rompeu-se o tumor dando saída a pús fluido. Tudo se passou sem calor e sem dor.

Após a saída do pús eliminaram-se retalhos de um tecido esbranquiçado. A suppuração persiste e tem zombado de todos os tratamentos. Teve ha cerca de trinta annos blennorrhagia e cancros que foram seguidos de adenites que abcedaram e foram debridadas cicatrizando sem demora. Constipação de ventre. Foi hemorrhoidario, mas ha muito não tem ataques. O ultimo trouxe grande perda sanguinea. Conserva no epigastro a fistula resultante da abertura do tumor a qual abre-se no fundo de uma depressão em fórmia de funil, cujas paredes apresentam-se de cõr parda avermelhada. Cobre o orificio externo um botão carnoso que sangra ao menor contacto. O pús que della escorre é fluido, de aspecto oleoso e inodoro. Por ella o estyloete penetra profundamente no ventre. Aos lados dos musculos rectos abdominaes, seguindo o seu bordo externo, vêm-se dois troncos venosos dilatados com as competentes ramificações. O sangue nelles circula em ambos os sentidos, o que se pôde verificar comprimindo ora em cima, ora em baixo. Em torno da fistula ha um empastamento duro de 8 centimetros de diametro. Quando o doente respira, vê-se que o ponto da parede onde desemboca a fistula retrahê-se durante a expiração. Applicando-se a mão expalmada sobre o tumor percebe-se que é impellido pelos batimentos da aorta, mas não ha expansão nem sopro.

O lobo direito do figado excede um pouco o rebordo costal e não é duro ao palpar; o esquerdo perde-se na zona empastada. Os apices dos pulmões e as fossas de Morenheim são pouco sonoros á percussão, mas pela ausculta nada de anormal apresentam. A voz é roquenha, bitonal e o doente affirma que assim a tem desde creança.

Apparelho circulatorio normal. Ganglios friamente engorgitados nas virilhas e rozario de nodulos no epidydimo direito.

Interrogado, respondeu que teve ha muito tempo orchite de ambos os lados. Urinas normaes; reacção de Wassermann positiva. Injecção intravenosa de 606 em 18 de Julho de 1913, que foi seguida de vomitos e calafrios. Vinte e quatro horas depois já o empastamento se modificava. Lavamos o fóco com agua oxygenada e tocamos o botão carnoso com nitrato de prata fundido. Alguns dias passados injectamos 914 e em seguida fizemos injecções mercuriaes. Em 3 de Setembro o empastamento tinha desapparecido, assim como a dilatação venosa da parede anterior do ventre e a fistula estava completamente cicatrizada. Revi este doente diversas vezes e verifiquei que a cura se mantinha.

\*

\* \* \*

Assestem-se as gommas em torno dos canaes excretores ou na intimidade de sua parede e veremos impedida a expulsão dos *excreta* que surgem então atravez de fistulas produzindo muitas vezes a inflammação e escleroze dos tecidos vizinhos. Eis um exemplo:

Observação tomada pelo auctor e pelo Dr. Oscar Clark. Gommas dos corpos cavernosos ao nível do penis e do perineo comprimindo e perfurando a urethra.

P. J. de C., 32 annos, brasileiro, celibatario, contraiu cancro duro em 1904 e teve blennorrhagia por diversas vezes. Nunca submetten-se ao tratamento especifico. Em 1907 sарcocele á direita que se curou expontaneamente 3 annos depois. Em 1908 syphilide ulceroso-serpiginosa do braço esquerdo; cura expontanea ao fim de 12 meses. Em Julho, Agosto e Setembro de 1916 apareceram sucessivamente gommas no penis que muito dificultavam a emissão das urinas.

Julgando-se portador de um estreitamento de origem blennorrhagica, resolveu o doente buscar recurso na Capital e entregou-se aos cuidados do Dr. Oscar Clark, que o submetteu ao meu juizo. Diagnostiquei, aliás de accordo com o assistente, uma infecção luetica em periodo de erupção gommosa e aconselhei o tratamento especifico intensivo pelo 914, mercurio e iodeto de potassio.

Pareceu melhorar a principio, mas depois peorou a ponto de soffrer grandes dôres durante a emissão das urinas e não poder andar. Perineo, escroto, forro da verga e prepucio estavam inflammados, entumecidos e duros ao tocar. As urinas já não sahiam pelo meato, mas por 10 a 12 pequenos orificios fistulosos. Foi quando nos resolvemos a operal-o. Uretrotomia externa, debridamento de diversos abcessos perineaes e periurethraes (gommas amollecididas e infectadas), debridamento do meato e urethrotomia interna. Sonda de demora e tamponamento das feridas que deixamos abertas.

Calomelanos como purgativo e depois neo-salvarsan (2 doses de 75 centigrammos), injecções intravenosas de cyanureto de Hg e iodeto de potassium internamente. As melhorias foram progressivas e rapidas. Em meiodos de Fevereiro extirpamos o grande e rijo papo que formava o prepucio. Alta, completamente curado, em 27 de Fevereiro de 1917, após 33 dias de hospitalisaçao. (Vide figs. n.º 3, 4 e 5).

\*  
\* \*

Na syphilis dos ossos tres caracteristicas contribuem para atormentar o paciente e obrigar-l-o a pedir socorro aos processos expeditos da cirurgia: a dôr constante e muitas vezes intensa, a marcha lenta e a rebeldia ao tratamento específico.

As dôres fluxionarias no externo, nas articulações e no esqueleto dos membros manifestam-se ás vezes durante os primordios da infecção.

O repouso e o calor do leito, longe de attennal-as, incrementam-nas. São erraticas e as partes atacadas não apresentam alteração apparente. Applicações palleativas locaes ajudam o doente a esperar o effeito do específico.

Vêm de seguida as que provocam as periostites, osteoperiostites, osteoartrites e osteomyelites. Tornam-se com frequencia cruciantes e não deixam repouso ao paciente, nem de noite, nem de dia. Os tres casos seguintes bem ilustram o que acabo de affirmar:

**D. M. G., casado, 32 annos, commerciante.**

Entrou para o hospital em 24 de Julho de 1915, porque tinha inflamnada a metade inferior da face á esquerda e a



Fig. 3 — Gommas do perineo, dos corpos cavernosos e do forro da verga.





Fig. 4 — Resultado da primeira intervenção no doente representado na Fig. 3.



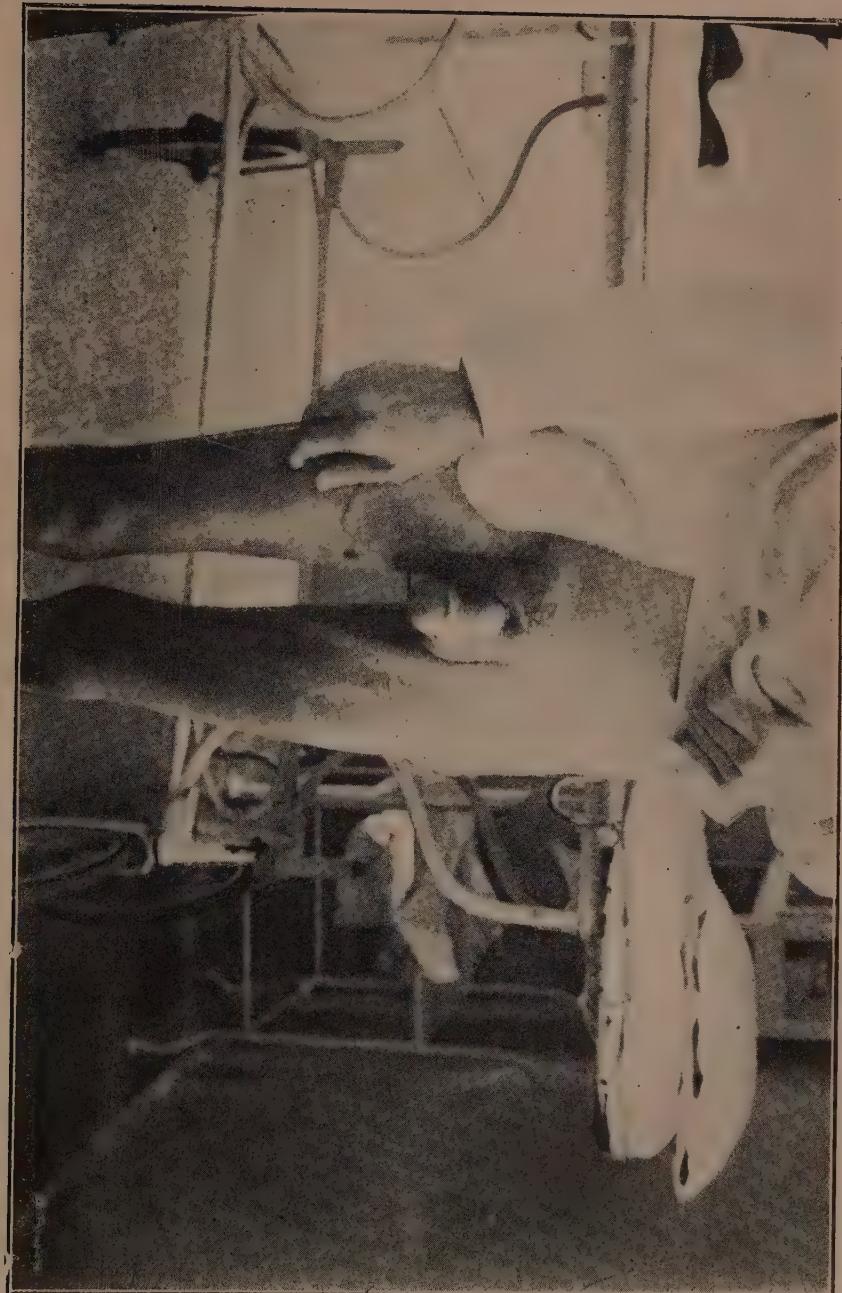


Fig. 5 — Resultado final após a intervenção e o tratamento específico.



porção adjacente do pescoço (região suprathyoidéa). Pais vivos com 66 e 68 anos, ambos sadios. Casado duas vezes, teve um filho do primeiro matrimonio, que não tem boa saude. Do segundo, tambem lhe nasceu um filho, que tem agora um mez e é apparentemente sadio. Teve cancro duro ha 5 annos, isto é, antes do primeiro matrimonio. Ha anno e meio foi acommettido de blennorrhagia, mas curou-se completamente. Sente no maxillar inferior dôres que o não deixam descansar e têm resistido até á medicação especifica. As urinas são normaes.

Exame — A metade inferior da face á esquerda e a região suprathyoidéa correspondente estão impastadas e tumefitas. Quando as comprimimos o doente soffre e escorre pús por uma fistula situada immediatamente abaixo da parte média do bordo inferior da porção horizontal esquerda do maxillar e tambem para dentro da boca atravez dos alveolos dos pequenos molares, caninos e incisivos que se acham inteiramente abalados. O mento tambem se acha tumefeito. Diagnostico: Osteomyelite syphilitica do maxillar inferior com necrose e sequestro. Operação em 25 de Julho sob anesthesia geral pela chlorethyla, sem accidentes. Introduzimos pela fistula externa uma tentacanula que impellimos de traz para diante entre o perioste e o sequestro e sobre ella incisamos todos os tecidos paralelamente ao bordo do maxillar.

Repetimos a manobra de diante para traz, cortando e laqueando a facial. Extracção do sequestro, raspagem da cavidade e tamponamento. As dôres e a supuração diminuiram consideravelmente, mas não desappareceram de todo, apezar do emprego do 914 e do mercurio. Eis porque a 2 de Agosto repetimos a intervenção, retirando ainda desta vez o ramo ascendente do maxillar que cahira em necrose assim como os dentes abalados cujos alveolos suppurravam. O allivio foi immediato e a cura não se fez esperar. Nunca deixamos a medicação anti-syphilitica e aconselhamos o doente a continual-a longamente. A reacção de Wassermann foi fortemente positiva.

J. V. M., portuguez, 52 annos, caixeiro, entrou em 9 de Agosto de 1915. Queixava-se de fortes dôres na fronte, onde já se percebia um tumor que em breve tornou-se fluctuante e abriu-se dando descarga purulenta que tambem surgiu pelo nariz. Wassermann positivo (+++). Nenhum analgesico poude

dar allivio completo e nem mesmo a medicação especifica. Diagnóstico: osteomyelite e sinusite frontaes de natureza syphilitica. O estylete revelou a presença de um sequestro que foi extirpado sob anesthesia local. Curetagem do seio, tamponamento e drenagem pelo nariz. Allivio immedioato e alta curado em 20 de Março de 1916.

J. A. C., solteiro, portuguez, 43 annos de edade, maritimo, entrou pela 2<sup>a</sup> vez no serviço em 1 de Abril de 1907. Diagnóstico: Sinusite do antro de Highmore; fistulas do antro para a face e para a bocca. **Syphilis.**

Quando em 1906 recorreu pela primeira vez ao nosso serviço tinha uma nevralgia facial rebelde que só cessou depois que lhe extirpamos o maxillar superior direito, necrosado, inclusive a apophyse montante. Ficaram duas fistulas, uma para o exterior e outra para a bocca, através da abobada palatina. O doente saiu para continuar fóra o tratamento específico.

Reentrou em 1907 para que tentassemos o fechamento das fistulas, que foi plenamente conseguido em relação á da face.

Quanto á outra, só foi possível estreitá-la um pouco mais e obturá-la por meio de um tampão fixo a dentadura; trabalho magistralmente executado pelo cirurgião dentista Dr. William Hentz. Revimos o doente ha cerca de um mez; está bem de saude e falla com voz natural, quando traz applicada a prothese. Em caso contrario, a voz é fanhosa. Do resultado cosmetico dão idéa clara as photographias de ns. 6 e 7.

A marcha lenta é propria de toda inflammação ossea, se não quizermos fallar de certas osteomyelites altamente infecções, e ainda se torna mais lenta quando se trata de infecção luetica. O periodo fluxionario e o de mortificação do tecido impregnado dão-se em tempo mais ou menos longo, porém, a eliminação da substancia mortificada sob a forma de sequestro ou de camada cariosa, em virtude de seu esqueleto mineral, parece eternizar-se. Fistulas osseas, syphiliticas ou tuberculosas, levam ás vezes lustros para estancarem. Os sequestros não só irritam os tecidos e entretêm a inflammação, como se oppõem á boa drenagem tão favoravel á cicatrização das feridas. A lues começa a inflammação e produz a carie; esta por si só pôde manter por longo prazo a inflammação. Eis o principal motivo da terceira caracteristica — a rebeldia ao tratamento específico.



Fig. 6 — Resultado da intervenção para a cura de sinusite syphilitica com carie do maxillar superior. Fistula paralatina.



Fig. 7 — Resultado da intervenção cirurgica numa sinusite syphilitica com carie do maxillar superior.



Contra a carie e o sequestro só a intervenção cirurgica é prompta e efficaz; só ella pôde, portanto, restituir a effectividade ao tratamento específico.

A syphilis não tratada ou mesmo que o seja tardivamente pôde debilitar tanto o doente e trazer tales lezões do esqueleto e das articulações que obriguem o pratico a fazer, mesmo a contragosto, operações mutilantes com o fim de salvar a vida.

Ainda mais, o caracter mortificante e esclerosante do processo luetico produz tão grandes alterações na estructura dos tecidos que deformam completamente certos orgãos, perturbam sua função e desfeiam o individuo á ponto de reclamarem as correccões da cirurgia plastica. E nem só na syphilis adquirida temos necessidade de intervir cirurgicamente. A hereditaria tambem causa paradas de desenvolvimento, paralysias de certos grupos musculares e mesmo lezões tardias que se manifestam habitualmente dos 20 aos 40 annos e tornam-se bastante graves para obrigar-nos a intervir.

Em resumo, a cirurgia não tem accão sobre o processo luetico propriamente dito, porém, modifica-lhe as lezões, facilitando a cura pela medicação específica e corrige com frequencia a avaria verificada apôs a sua extincção.

*Jose' de Melo eudonça.*



# **VOMICA**

PELO

PROF. MIGUEL PEREIRA



## PRIMEIRO CAPITULO DE UM ESTUDO SOBRE A VOMICA

Da parcimoniosa lição dos auctores não ha muito que aprender sobre a vomica.

Poucos os que, menos por seducao do que por complacencia didactica, alinharam alguns raros periodos sobre o assumpto.

A mór parte desdenhou d'elle em ligeiras referencias.

Feita de phrases soltas, desatadas de uma epigraphe especial, enxertadas aqui e alli, ao sabor da clinica ou á ventura da pathologia, a documentação da materia ainda espera pelo escriptor que a amalgame n'um estudo de synthese, onde as noções respigadas se possam ajunetar num só corpo de doutrina.

Não me consente a incompetencia a ambição de resolver na realidade a expectativa mas, impressionado pelo contraste entre o que já tenho observado á cabeceira dos doentes e o pouco que tenho lido e aprendido nos livros, apenas me proponho, assistido pela benevolencia captavel do leitor (*captatio benevolentiae*) a justificar esta impressão.

\*  
\*      \*

Talvez seja susceptivel de uma interpretação psychologica este descaso pela vomica. O doente a quem acontece expectorar pús não se afflige tão ancioso como aquelle a quem succede expectorar sangue. A commoção, violenta até ao paroxysmo da angustia, quando rutilante o sangue se despeja pela bocca, é sempre tão mitigada quando o pús escorre opaco pelas fauces em fóra que chega, por vezes, a se delir na mais acabada indifferença. Suggerida por manifestações que na sua essencia se identificam, uma vez que n'uma ou n'outra alternativa morbida é

sempre qualquer causa de estranho que sóbe do peito á boca, esta disparidade emotiva, creando differentes estados d'alma, se me affigura entretanto de facil explicação. Na humanidade, pela sua dolorosa e millenaria experencia da vida, uma das representações mentaes que mais obstinadamente se vêm formando, a despeito da civilisacão, atravez os seculos, é, sem duvida, a que se lhe infiltra do sangue, com todo o seu lugubre cortejo associativo de doenças e torturas, castigos e penas, crimes e guerras. De tão repetida no desdobrar das gerações a idéa fundamental, capitalisada pelas acquisições pessoaes, transpoz dominadora o limiar do instincto habilitando providencial e atavicamente o individuo a adivinhar, á revelia de qualquer experencia, a significação moral e physica que d'ella se desprende. E' por isso que no sangue e com o sangue revive e desperta, com impeto dramatico, o velho pavor ancestral que as garantias sociaes apenas começaram a adormecer. Sem que já-mais tenha visto afflorar-lhe á pelle uma gotta rubra a creança, vasia de idéas, logo se alvoroça, aos gritos e em lagrimas, si dentre os mil pequeninos accidentes a que as predispõe o natural estouvamento, algum sobrevem que lhe extravase um pouco de sangue. E' de uma observação vulgar, tantas vezes confirmados pelo meus olhos de pae, que os pequerruchos choram menos pela dôr que sentem do que pelo sangue que vêm. A um d'elles que se magoou com uma contusão banal, desvanecido o primeiro abalo, subito se lhe estancaram as lagrimas que logo rebentaram, mais copiosas e demoradas, quando, acertando os olhos sobre o ponto lesado, verificou que sangrava. E os outros, que com elle folgavam, egoistas como são as creanças, nada, tanto que o corrupheiro gemia a sua dôr, real e verdadeira, se lhes deu do caso, mas, apenas tocados pela impressão visual do sangue trahiram todos n'essa encantadora expressão physionomica que fica duvidosa nos pequenitos entre a curiosidade e o mysterio, o vago desejo de ouvir melhor uma voz que vem de longe transmittida pelo fio das gerações, soturna lhes segredar n'alma branca e virgem a chronica vermelha dos antepassados.

Por todo o itinerario da vida, assim, desde o berço presago, o individuo caminha, ou cumplice ou espectador na eterna maldade, por entre manifestações aggressivas que lhe exaltam a inneidade psychica e, com novas peças, complicam a entrosagem do mechanismo de associação mental. Quem, medico ou

leigo, já não assistiu, e por mais de uma vez, baquear, a todo o peso, sobre o solo, siderado por uma vertigem, ao simples aspecto do sangue, este ou aquelle, cujo animo entretanto, no affrontar situações de perigo imminente, jámais desmaiou n'um deliquio de coragem? Anarchisado pela desordem vaso-motora que toda se desmediu em desmandados reflexos o apparelho do equilibrio dá em terra com um homem só porque uma pequenina gotta de sangue que impressionou a retina, á feição de um estopim psychico, faz estourar nas trevas do subsconsciente, n'um pavoroso estrepito de explosão, ignoradas e adormecidas reminiscencias que a memoria das gerações vêm clandestinamente armanzenando, como inflammaveis, no escuro deposito da submentalidade. Tudo isso vinha eu escrevendo, ao correr da pena, para demonstrar que ha realmente uma predisposição innata ás sinistras suggestões do sangue quando me ocorreu que estava talvez calumniando a psychologia onde a minha argucia não alcança além das interjeições. Torno, pois, ao ponto.

\*  
\*      \*

Que a vomica não assusta como a hemoptysie alarma é uma proposição que se justifica igualmente pelos caracteres physicos do sangue e do pús e, sobretudo, por ventura melhor ainda, pelas condições em que os dous productos se revelaram aos olhos do doente. O vermelho vivo do sangue que se oppõe ao branco morto do pús não teria só por si uma grande significação; mas accrescendo á cõr a consistencia mais expressivo se torna o contraste. Em se tratando de vomica, porque já de antes o paciente tossia e escarrava, facilmente se illude, ou o illude o optimismo dos soffredores, confundindo com uma maior quantidade de muco o pús que do pulmão lhe emigra ás golfadas. Illude-se e tranquilisa-se porque não sabe distinguir na enganadora identidade dos aspectos a diferente gravidade dos phenomenos. Muda a causa de figura no caso da hemoptysie porque, mormente nas que se chamam iniciaes, que melhor se chamariam reveladoras conforme propoz o Sr. JAQUEROD (1), o sangue sobre irromper de chôfre, sem ser esperado, transflue e jorra aos borbotões,

---

(1) JAQUEROD — *Hemoptysies tuberculeuses* — Leysin. 1916.

com maior velocidade e outra temperatura, especificamente sápido, impondo ao doente uma sensação de aancia respiratoria, a um tempo mechanica e chimica, que na vomica, com ser apenas mechanica, não se notabilisa tanto. Demais d'isso pouco prestadia á confusão e rebelde ás analogias a hemoptysse surge como um phenomeno original e inedito e, portanto, conforme a regra, commovente e presago.

Evidentemente, si não participassem, primeiro, como homens, do obsidente preconceito geral que o sangue inspira e depois, como medicos, si não accudissem sollicitos aos mais urgentes e imperiosos appellos da clinica que são sempre aquelles sugeridos pelas hemorrhagias, os auctores, abstrahidos de tudo quanto não fosse o só interesse scientifico, não seriam tão fartos e prodigos, até á prolixidade, no versar as hemoptyses quanto reduzidos e sobrios, até á inopia, no lidar as vomicas. Tenho um amigo, medico, e posto que moço já de sobejo conhecido, que, alcançados os ultimos degráos da escada de sua casa, depois de um dia atropellado, teve uma pequenina hemoptysse.

Aterrado, vestido como estava, deixou-se cahir a fio comprido sobre a cama, onde, excessivo na prevenção do sangue, se conservou tão mudo e quedo que, nada respondendo, nem portugues, a um collega que com elle coabitava, este corre ao telephone e com urgencia, noute alta, ancioso me chama para ir ver F... que naquelle momento acabava de ter um ictus que o puzera aphasicó e paralyticó. Trocada em vomica a hemoptysse a um d'esses dous medicos não estarreceria o panico e ao outro não lindibriaria o caso.

\*  
\* \* \*

As vomicas... A quem, até estas alturas, me favorecen com a condescendencia de sua leitura ha de parecer estranhavel que eu pluralise uma expressão designativa de um phenomeno singular, sempre igual a si proprio, uniforme e invariavel, em quanto ao seu aspecto e determinismo, pois que, consoante o dito e redito, na fórmula "vomica" se molda exclusivamente o conceito pathologico de pús expectorado ou não. Esta é, pelo menos a noção que domina nos livros modernos e até nos antigos, de medicina ou de lexicologia. A despeito d'isso não é a noção verdadeira. Si acaso o fôra seria mister crear novas designações,

affrontando a inconveniencia dos neologismos, para nomear outros productos que, além do sangue, tambem se escoam atra-vez do glotte com a mesma enscenação clinica.

Abro o livro do prof. MIGUEL COUTO (1) e nelle leio: "Um moço, estudante de direito, é atacado de uma pleurite esquerda, parietal, exsudativa, tuberculosa; o saudoso prof. CHAPOT PRÉVOST esvasia-lhe a cavidade e o doente se restabelece, ficando apenas com a pachypleurite residual.

Quatro mezes depois sobrevem-lhe uma peritonite diffusa, da mesma natureza, acompanhada de abundante ascite, e i-ida um anno depois, sob os cuidados do Dr. Fernandes Figueira, tem outra pleurite, d'esta vez interbolar, terminada por uma grande vomica serosa, si assim se pôde chamar a eliminação pela *bocca de um litro de liquido não purulento*".

Em 1909, na *Revue de Médecine*, SABOURIN (2), em longo e documentado estudo sobre derrames sero-fibrinosos interlobares nos tuberculosos, relata sob a epigraphe "Pleurite enkystada do interlobo direito, *vomica serosa*, pneumothorax consecutivo, cura espontanea" que um de seus doentes, o que figura na observação XIV, no qual fôra diagnosticado um derrame enkystado do interlobo direito, dous mezes após o inicio da affecção, estando de pé, experimentou de subito a sensação de uma grande angustia e, quasi suffocado, abriu a bocca de onde, em jactos, entrecortados pela tosse, golfava um liquido claro, seroso, pleuritico, que sobrava para encher um grande copo.

No dia seguinte, onde jazia o derrame, o exame encontrou um *hydropneumothorax*. N'essa observação o auctor que refere um caso, no que toca á quantidade de liquido menos expressivo aliás que o do nosso Couto, não se reserva com a mesma cautellosa restricção sobre a propriedade do termo e taxativamente reconhecia por "*vomica*", uma secreção liquida serosa que *abriu caminho atra vez os bronchios*. De outro sentir não foi tambem DIEULAFUY (1) que, versando o ponto nas melhores paginas que a respeito já se escreveram, ensina que em raras circumstan- cias, a pleurite sero-fibrinosa se pôde resolver *em vomica*. Por que seria então que o "auctor nacional, não usou francamente do termo, já acreditado por outros, e duvidoso d'elle, mal o em-

(1) MIGUEL COUTO — *Lições de clinica medica*, pag. 133-134.

(2) SABOURIN — *Revue de Médecine* n. 2, 1909, pag. 125.

(1) DIEULAFUY — *Manuel de Pathologie Interne*, pag. 1168.

pregára logo o subordinou á condicional “si assim se pôde chamar a eliminação pela boca de um litro de líquido não purulento?”

E' elle mesmo que, sem fazel-o adrede, justifica, na discussão de outro assumpto, desta vez categoricamente, a hesitação que sublinhei —: “O diagnostico foi feito de aneurysma na porção ascendente do arco aortico, mas na verdade se tratava *de uma vomica interlobar*, recebendo ahi e diffundindo as expansões aorticas”. (2) Vomica interlobar? O doente, sem ter vomitado pús, tinha entretanto, uma vomica interlobar. Não é, portanto, a vomica, segundo esta interpretação, o phenomeno que se está realisando ou que já se realisou, com o esvaziamento de collecção liquida, mas a condição permanente e estavel de uma loja cavada e formada nos pulmões, ou fóra d'elles, gravida de exsudatos, que embora capaz de depleção, poderá ou não expon坦eamente se romper. Assim a vomica, onde quer que esteja e seja qual fôr a sua terminação, não passa de um simples abcesso.

Apezar de reconhecer em *vomere*, fórmula verbal, cuja significação é positivamente a de vomitar, o seu etymo legitimo, os classicos, latinos ou vernaculos, não desautorisam o livre emprego da expressão, sem as clausulas limitativas de localização e ruptura. No Magnum Lexicon, em Quicherat, em Saraiva, em Moraes, etc., etc., encontram-se como synonyms de vomica: apostema, abcesso, tumor com materia. Onde quer que se localise pús ahi se constitue uma vomica. Lexicographicamente, entretanto, a idéa de vomica é inseparável da idéa de pús e foi, seu duvida por isso, que fino conhecedor da lingua, Couto, se de um lado não hesitou em diagnosticar um pleuriz interlobar como uma vomica teve, de outro, escrupulos em reconhecer, sob a mesma rubrica, a transfluencia de um líquido seroso posto que também interlobar.

LITTRÉ, um pouco mais concessivo, comprehende por vomica uma collecção *purulenta*, enkystada ou não, *formada no peito*, susceptivel de se derramar nos bronchios e de ser esvaziada por uma especie de vomito. D'ahi já se tira que nem todo o abcesso se confunde com vomica; só aquelle que acertou de se localisar

(2) MIGUEL COUTO — (Op. cit.), pag. 104.

profundamente, no peito, e que, sobre isso, fôr capaz de se romper, deixando vasia, por uma especie de vomito, a cavidade em que se ajunetou, poderá ser d'essa maneira designado.

Mais circumscreta, n'este conceito fica ainda bastante ampla a esphera de significação para permittir, na nomenclatura medica, que se entenda por vomica uma collecção purulenta *in situ*, estavel, que o doente guardará ou não consigo, pois que ella apenas possue a capacidade, sem a fatalidade, de se manifestar vomitada.

D'esta não destôa a interpretação do *The New Sydenham Society's Lexicon of Medicine* (1) que define a vomica como a cavidade resultante de molestia-cavidade que formada em uma viscera, especialmente nos pulmões, contem pús.

Afina pelo mesmo diapasão o *Medical Dictionary de Stedemann* (2) quando ensina que uma cavidade pulmonar, contendo pús, é uma vomica. Transigindo, porém, com as necessidades actuaes do vocabulario medico, accrescenta elle n'uma subnota: "Vomica-profuse expectoration of purulent mater".

No *Roth's Klinische Terminologie* — Oberndorffer — 1914 — o episodio da ruptura começa a dominar francamente a definição: vomica (Eiter) Beule — v. vomiere, ausspeien — weil der Eiter, nach der späteren Eröffnung der Höhlen ausgeworfen wird" para na *Medizinische-Terminologie* (3) von DR. GUTTMANN, aliás anterior — 1912 — abranger todo o definido alcançando a significação de uma clausula indispensavel a revelia da qual o vocabulo já se não pôde empregar. "Vomica — lat. Geschwür, Eiterbeule, von vomo — brechen. Auswurf von Eiter; auch Eiterhöhle, especiel Lungencaverne, weil der Inhalt einer solchen oft wie durch Erbrechen entleert wird.

DIEULAFOY (4), apezar de condenar um vocabulo que etimologicamente não confere com o facto que denuncia transige com o uso geral que d'elle se faz em medicina e censura, *como abuso de linguagem, a extensão de sua significação á lesão (cavidade) de onde o symptom (vomica) deriva.*

Fechando esta serie de citações que poderia, si não fôra superfluo, levar ainda muito longe, multiplicando exemplos de

(1, 2, 3) Devo ao meu illustrado amigo Dr. Placido Barbosa as respectivas notas.

(4) DIEULAFOY — Op. cit., pag. 464.

metonymia, definirei a vomica como a passagem através da glotte de um liquido pathologico e primitivamente cavitario.

O vomito propriamente dito, de proveniencia gastrica, fica excluido do definido porque não é pela glotte que elle transita; na generalisação "liquido" cabem todas as variedades morbi-das — serosas, purulentas, hemorrhagicas — e na expressão "pri-mitivamente cavitario" não ha lugar para o sangue, que, pro-ducto natural, preexiste á formação da cavidade pathologica e, bem que atravesse a glotte nas hemoptyses, não provem de uma prévia cavidade, mais ou menos recente, onde se haja accumu-lado porque, n'esse caso, dado que um hématoma pulmonar ou pleural pudesse ser expellido pela bocca, facto de que não conheço exemplos, nenhum motivo haveria para não especifi-cal-o como uma verdadeira vomica.

\* \* \*

Quando, ha poucos dias, entrava na enfermaria e recebia do Dr. Leonidas Porto, meu operoso assistente, a communicação de que um dos doentes tivera n'aquelle manhã uma vomica, resolvi prevalecer-me da oportunidade para revêr este ponto de semiologia. Em poucas palavras abrevio a historia clinica do caso: — Com 7 dias de uma affecção que começou com a phenomenologia habitual das pleuro-pneumopathias agudas, o doente, moço e vigoroso, offerecia ao exame, ao lado de signaes certos de um derrame, que a principio se revelou soro-purulento, indicios ve-hementes de uma condensação pulmonar. O diagnostico de pleu-ro-congestão se impunha. Durante 15 dias, com pequenas alterna-tivas, o seu estado oscillou incerto sem modificações apreciaveis. A febre, por todo esse prazo, evoluiu inexpressiva ao redor de 38°. A contagem especifica assinalava discreta polynucleose e o exame do escarro a presença de raros pneumococcus a cuja ino-culação sobreviven sem accidentes o animal reactivo. Entrava o doente, cujo estado geral começava a ser precario, no seu quarto septenario quando a expectoração, até então ferruginosa, se man-ifestou francamente purulenta através de accessos convulsos de tosse. No dia immediato, pela manhã, ás boceadas, o pús surdia em ondas successivas. Era a vomica. N'esse dia as mel-horas foram surprehendentes — desapareceu a tosse, cessou a febre e reappareceu o appetite.

Entretanto, topicamente não foram de palmo as modificações. De balde se pesquisaram os signaes do pneumothorax. Não eram ainda, d'essas melhoras, corridas 48 horas quando, menor e d'esta vez fragmentada, se repetiu a vomica com exasperação de tosse e de febre. N'estas condições, não podendo conceder mais á cura espontanea do empyema, em que já não podia confiar muito, foi o doente operado com exito favoravel no serviço do prof. Valladares pelo Dr. Carlos Werneck.

Promissora se inaugurou então a convalescência que, sempre progressiva, foi até á cura completa.

A puncção baixa, ao nível do seio costo-diaphragmatico, e além d'ella a radioscopya, trouxe a certeza da absoluta ausencia de derrame. Entretanto, favorecida provavelmente pela janella costal, que, com a resecção da 10<sup>a</sup> costella ficára aberta, o ar se insinuou na pleura occasionando o pneumothorax, que não se pudera formar pela fistula pleuro-bronchica, onde a providencia de uma valvula que apenas se abria na direcção pleuro-pulmonar impediu a especie mais grave da suffusão gasosa. Radicalmente curado, com a capacidade pulmonar restaurada, o doente abandonou o serviço dous mezes após a sua entrada.

Com este, desde que lido em clinica, tenho observado cerca de meia duzia de casos, de procedencia empyematica, sem que em nenhum d'elles lograsse verificar a cura espontanea que, na opinião de muitos auctores, é uma terminação frequente.

Inclinei-me, por isso, no ponto de vista therapeutico, com as reservas de opinião que a possibilidade de uma auto-cura aconselha, a indicar a intervenção cirurgica que, quando opportuna, nem tão precoce que exclua o advento do processo natural, nem tão tardia que arrisque a vida do doente, é sempre venturosa.

A constituição de uma pleurite parcial — mediastinica, interlobar ou diaphragmatica — mais vezes purulenta que serosa, geralmente tuberculosa ou pueumonica, rivalisa, si não n'a excede com a cavitaria, na sua capacidade vomicogenica.

Na malograda filha de um collega, tuberculosa havia alguns mezes, uma copiosa vomica, vasio o grande sacco pleural, se exgotou quasi que inteira a massa purulenta que se esconde entre os dous lobos do pulmão esquerdo. Nesse caso, tendo se trocado logo após a matidez em sonoridade e o amphorismo surgido amplo no foco silencioso, esperava eu confiante a cura

espontanea da complicação quando, poucos dias andados, se reaccendeu a febre e o estado geral, já de si precario pelos progressos da tuberculose, em tal maneira se aggravou que comigo, o Dr. Sylvio Moniz, não obstante, neste comenos a formação de um pneumothorax denunciativo do comprometimento da pleura visceral, combinou a intervenção cirurgica que, sob as garantias de uma puncção positiva, executada pelo prof. Marcos Cavalcanti, não permitti entretanto senão breve sobrevida. Nas vomicas serosas a cura natural é, em compensação, a regra.

Além do caso de Couto, acima referido, existe um outro registrado na litteratura nacional pelo Dr. Mazzini Bueno (1), meu assistente na clinica, quando ainda interno, trabalhava na 9<sup>a</sup> Enfermaria, a cargo do Dr. Sylvio Moniz. Ahi, todavia, não foi pela cura expontanea que a saude se restabeleceu. Tratava-se de um pobre homem que, contundido por queda, na região antero-lateral direita do thorax baixara ao Hospital com dôres e tosse. Examinando-o reconheceu o Dr. Mazzini a existencia de um pleuriz com derrame que orçou em cerca de tres litros.

A puncção, ao fim de verificar a natureza do liquido, ratificou o diagnostico. Na manhã seguinte encontrou o doente anhelante, com suores profusos, sentado no leito, muito quebrado de forças, a tossir e a escarrar sem repouso. Que desce a madrugada vinha padecendo esta grande afflīção, informou apontando o vaso onde se continha approximadamente um copo de um liquido espumoso identico ao que, de vespera, fornecera a puncção. Durante tres longos dias, sacudido pela tosse, esgido pelo decubito, o doente viveu n'uma ancedade extrema a despejar pela boca tanto liquido que a quantidade total ajuizada andou exactamente em 2850 cem. Portanto, embora fragmentada, uma grande vomica. Mas, n'esse lapso de tempo a natureza do liquido variou. De principio apenas seroso se foi turvando *pari passu* com o seguimento da vomica até que se revelou francamente purulento. Ou porque a longa duração de esvasiamento pelos bronchios tivesse aberto ensanchas a uma contaminação posterior e secundaria do pleuriz, de começo só seroso, ou porque o doente, por seus antecedentes morbidos, pouco expressivos, já tivesse em si, *ab initio*, a condição pyogenica

---

(1) *Revista de Medicina* — 1909, cap. 108.

do derrame que despontou seroso ou ainda, porque coexistiam duas collecções exsudativas, uma serosa, da grande cavidade, outra purulenta *enkystada* que, pela diferença de densidades, aproveitando o mesmo caminho, se tenham esvaziado com desigual velocidade, em tempos differentes, embora successivos, hypothese esta ultima que me parece pouco plausivel posto que sein vomica, já tenha observado esta caprichosa coesistencia, o facto é que o auctor, hoje proficiente medico, sem attender a estas diversas alternativas de interpretação, soube dar realce ,ainda estudante, a uma curiosissima occurrence clinica, cujo interesse avulta com a eventual denominação de franca permeabilidade da fistula pleuro-pulmonar.

De facto, n'um serвиço de cirurgia, onde o caso acabou curado, a agua iodada empregada em lavagens da pleura, vertia da bocca repetindo o mesmo itinerario da vomica.

Eis ahi um caso que justifica a possibilidade de uma vomica mixta, ainda inedita, especie sob a qual, embora dilatada, a minha pesquisa bibliographica resultou negativa.

Tambem aqui, não obstante a meio serosa, a vomica não favoreceu a terminação feliz da doença. Dos citados estudos de JOUSSET, em via de verificação experimental no meu laboratorio, transparece a noção de que a serosidade pleuritica infectuosa e toxicamente diversifica conforme for principal ou secundaria.

N'uma de suas observações este auctor nos informa sobre um paciente, em que o derrame, seroso e limpido, episodio da tuberculose pulmonar pregressa, era entretanto tão accentuadamente corrosivo que, tendo perfurado a pleura parietal, veiu a se constituir á maneira do *empyema necessitatis*, em fóco, sob a pelle onde formou volumosa bolsa.

Nas pleurites serosas e com mais plausibilidades nas que se enkystam, por uma propriedade do liquido, dependente com certeza das condições infectuosas que procederam á sua formação, parece, portanto, existir realmente uma tendencia perfurante, fistulogenica, susceptivel de se materialisar ora n'uma vomica (DIEULAFOY, SABOURIN, MAZZINI, COUTO) ora n'um *seroma* subcutaneo (JOUSSET) conforme o ponto de menor resistencia estiver n'uma ou n'outra pagina da pleura.

O phenomeno é, como se vê, sempre e sempre o mesmo — o que varia é só a exteriorização d'elle n'este ou n'aquelle sentido.

A illação pratica a inferir d'ahi é que a autosorotherapia talvez não seja em determinados casos de elevada toxidez do líquido, um recurso therapeutico tão inocente como se tem insinuado. Agudo ou chronico, além do pleuriz interlobar, um abcesso do pulmão de que a pneumonia tantas vezes, maximé nas crianças, se complica, pôde, directa ou indirectamente redundar na vomica. Si cavada em pleno lobo pulmonar, exemplificando um dos problemas mais difficeis em semiologia, enquanto á localisação puramente parenchymatosa, com exclusão da séde variavel nos sulcos interlobares, elle, abcesso, se exgottar, em curto circuito, da trama pulmonar nos bronchios a vomica resultante será directa. Ao invez, indirecta, quando, da primitiva loja o pús não fôr derramado pela boceia sem que primeiro não o haja sido na pleura.

Uns copiando os outros, os autores têm invariavelmente insistido sobre a presença de fibras elasticas no pús para autorizar o diagnostico de um abcesso que se tenha, com ou sem passagem pela pleura, resolvido em vomica. A verificação destes elementos apenas consente a conclusão de um processo destructivo do parenchyma e, sob esta clausula geral, habitualmente se possibilita assim no abcesso como na gangrena e nas cavernas pulmonares.

No primeiro dos casos que citei havia no pús expectorado, não obstante tratar-se de um empyema, apreciavel quantidade de fibras elasticas. Antes de conceder que o diagnostico, no que respeito á localisação primitiva, estivesse errado, quero apenas ponderar que o pulmão, quando, finda a intervenção, procurado com o dedo atravez da janella parietal, estava murcho e atelectasico, refugiado na gotteira vertebral, para onde o empurrára a pressão progressiva do exsudato accumulado na pleura e que, portanto, coincidindo o abcesso, mormente si agudo, em plena actualidade da vomica, como seria o caso, com a congestão do orgam, não é obvio nem logico que se leve á conta de um erro de diagnostico o que pôde ser naturalmente explicado pela propria destruição d'aquellea porção de tecido pulmonar que fôr indispensavel á canalisação da fistula pleuro-pulmonar e quando, como na verdade o caso se passou, a vomica fôr massiça e volumosa denunciando uma abertura calibrosa, não será causa de pasmar que as fibras elasticas appareçam em quantidade proporcional ao diametro e á extensão do trajecto fistuloso.

Demais d'isso, cessada a vomica, não surgiram phenomenos cavitarios. As difficuldades de distinguir entre a vomica do abcesso e da pleurite interlobar nunca, fóra da noção etiologica, me aguçaram muito a curiosidade porque, meramente especulativo, o problema, posto em equação, não haveria nenhuma vantagem practica em desvendar-lhe as incognitas.

Todavia, no abcesso de pleuriz interlobar — uma longa tradição manda que se sonde com o olfacto o halito dos doentes. Pregoeiro da vomica, que de ordinario annuncia com 24 ou 36 horas de antecedencia, este halito se manifesta com uma fetidez caracteristica porque, habitualmente putrida a pleurite, as exhalações já atravessam a parede bronchica, em via de corrosão, quando ainda por ella não poude o pús se insinuar.

Na gangrena pulmonar, onde durante toda a evolução sufocante putridez da expectoração esclarece o diagnostico, a vomica, possivel, como em todos os processos colliquativamente morbosos do pulmão, não tem particular significação pathogenica ou semiologica.

Ahi, porém, elle será constituido menos por pús do que pelos productos da pneumolyse e da putrefacção que tornam o *expectoratum*, notavel pela concreções microbianas de Dittrich, facilmente reconhecivel. Ha talvez 10 annos, preparava eu no meu retiro da Gavea, o concurso que me trouxe a esta cadeira, quando, uma manhã, solicitado por um pequeno lavrador, que me diziam muito doente, fechei o livro e accudi ao chamado.

Não me arrependi. Sob as apparencias de uma tuberculose commum, cavernosa, começava a observar o meu primeiro caso de bronchietasia.

“Tão de longe vinha tossindo que já se habituára á *sua constipaçāo*”, mas no alvorecer d'aquelle dia, impressionado com o sangue que lhe rebentara improviso do peito n'uma grande hemoptysē, *pensára na sua hora*. Um exame perfuntorio revelou-me uma grande caverna mais para a base do que para o meio do pulmão direito. Uma hemoptysē + uma grande caverna = tuberculose pulmonar. Sahi com esta conclusão. Não obstante a séde da excavação me fazia ruminar no caso. Seria, por ventura, a syphilis? Tornando ao doente inquiri melhor.

Era formal a sua negativa sobre qualquer contaminação venerea. Tambem á pesquisa clinica se negavam quaesquer indicios lueticos. Mais calmo n'essa segunda visita mostrou-me, porém, sob o catre, um vaso cheio de um liquido algo espumoso, purulento, um pouco fetido, que n'aquelle dia já *cuspira* acontecendo que havia cerca de um anno que isso diariamente lhe succedia, principalmente pela manhã, quando lhe acontecia dormir algumas horas a fio. A tosse não era muito insistente mas quando lhe vinha *enchia-lhe a bocca* com aquella *materia podre que estava se vendo*. A expectoração se fazia evidentemente conforme o typo da vomica. Dá escarros purulentos uma caverna pulmonar mas nunca, por grande que a imaginemos, dará a vomica do mesmo modo que uma pneumonia dá escarros sanguineos, mas nunca, por violenta que a admittamos, uma hemoptysse. Por outro lado os commentarios não auctorisavam a pensar nas especies communs de vomica.

Firmei-me então no diagnostico de bronchietasia sacciforme. Tão difficil não é diagnostical-a como pensar que pôde ser diagnosticada a vomica d'esta origem.

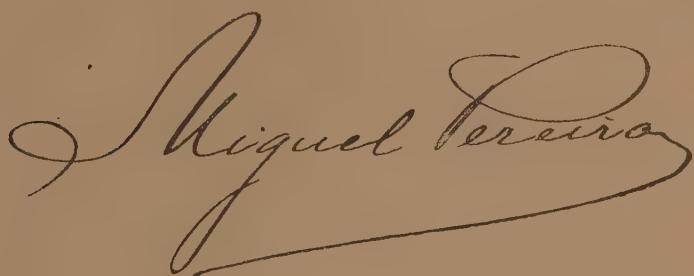
No apuro da expressão exacta, d'aquelle cuja rigorosa propriedade é inconscientemente abonada pela magoada linguagem dos doentes, os antigos auctores, em geral, mais observadores do que experimentadores, são tão exhaustivos que não nos permitem possibilidades de dizer de maneira diversa da que nos herdaram. Queixava-se o meu doente de que quando a tosse lhe vinha, a expectoração *enchia-lhe a bocca*. Exprimia d'est'arte, natural e instinctivamente um facto ao qual WINTRICH (1) não se referia de outra forma. Em 1854 escrevia elle: "Tritt Perforation plotzlich, durch cine hinlangliche weite Oeffnung und einen grosseren Bronchus ein, so-kommt ein heftiger Hustenanfall mit maulvoller Erpectoration (com expectoração de bocca cheia) der die Bronchien überstürzenden und oft sogar Erstichungsgefahr herbeifuhrenden Flussigkeit des Pleurassachkes.

Copiando todos o velho mestre tedesco os tratadistas empregam com frequencia a mesma expressão: — "oppure, anche es-

---

(1) WINTRICH — *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*, Fünfter Band. Erste Abtheilung — fl. 278.

*sendo abbondante (il secreto) ha n'el pulmonc delle cavita dove radunarsi per venir espulso ad intervallo di molte ore, in gran copia, a bocca piena.” (2)*

A handwritten signature in cursive script, appearing to read "Miguel Ferrio". The signature is fluid and expressive, with a long, sweeping line extending from the left side.

(2) FERRIO — *La diagnosi clinica d'elle malattie interne* — 11, pag. 278.



# **ALCOOL E CLIMAS — ALCOOL E SYSTEMA NERVOSO**

**PELO**

**DR. OSCAR CLARK**



## ALCOOL E CLIMAS — ALCOOL E EPILEPSIA — ALCOOLISMO CHRONICO E MENINGITE SEROSA

### a) *Alcool e climas.*

Analysemos o dogma estabelecido em pathologia “*per universale consenso dei medici*” (F. Rho), que o alcool nos climas quentes é muito mais terrivel em seus effeitos dos que nos paizes frios.

Porfiaram em phantasias os historiadores, geographos, pathologistas e hygienistas que se ocuparam das zonas tropicaes no XIX seculo.

As condições metereologicas e a magestade da natureza nos paizes quentes, segundo elles, reduziam o homem á insignificancia; o clima era responsavel pela anemia dos habitantes dessas regiões, e obrigava o figado a tamanha actividade funcional que o tornava o “*locus minoris resistentiae*”, onde se assestariam os diversos processos morbidos; “a pompa e o esplendor da natureza eram tamanhos que nenhum logar fôra deixado ao homem” (BUCKLE) (2); a morbidez e a mortalidade excessivas nesses paizes eram cuidadosamente notificadas e exageradas pelos hygienistas.

O esplendido livro de DAVIDSON (3) foi a primeira barreira interposta a taes invenções livrescas e modernamente são todos accordes em affirmar a belleza do clima das zonas torridas como o fizeram SIMÃO DE VASCONCELLOS e ROCHA PITTA em relação ao “*paraizo terreal*” que é o nosso *Brazil*.

---

(1) F. Rho — Lér — Mense — Malattie dei Paese tropicale, v. IV.

(2) BUCKLE — History of civilization in England, 1857, descrevia o Brazil como o “*inferno do mundo*”. Seja dito entrelinhas que elle jamais percorrera o nosso paiz.

(3) DAVIDSON — Hygiene and diseases of warm climates. Edinburgh 1893.

Hoje em dia não padece mais a minima duvida, que o homem são se comporta do mesmissimo modo no Pólo como no Equador.

#### ALCOOL E CLIMA QUENTE

E' de todos conhecido o destino do alcool no organismo humano. Em dóses relativamente pequenas vai completamente oxydado no interior dos globulos vermelhos.

O organismo acha-se perfeitamente apparelhado para a sua defesa contra a aggressão do alcool, graças á riqueza consideravel das hematias em oxygenio, isto é, á affinidade da hemoglobina em relação áquelle elemento gazoso. Ora, sendo o alcool uma substancia excessivamente combustivel, claro está que a oxyhémoglobin constitue a melhor arma defensiva contra a intoxicação ethylica.

Os experimentadores estabeleceram que o organismo adulto são, dadas as variantes individuaes, é capaz de queimar totalmente uma certa dóse de alcool ethylico, que varie de 30 a 50 grammos, em 24 horas, dóse essa que, nessas condições, totalmente oxydada, se torna mais ou menos innocua á economia: é o que os autores chamam de *dóse hygienica*, pelo facto de ser incapaz de determinar phenomenos toxicos. Semelhante processo de oxydação na trama do tecido sanguineo está na dependencia immediata da capacidade respiratoria das hématias, o que é reflexo da sua riqueza em hémoglobin. Certo, o trabalho physico favorece consideravelmente a combustão do alcool no organismo, por isso que a actividade muscular faz crescer de modo extraordinario a função respiradora do sangue.

Nenhuma actividade physiologica na economia se executa sem maior consumo de oxygenio; tal o facto estabelecido desde LUDWIG, CHAUVEAU e KAUFMANN.

A quantidade de ar inhalado pelos pulmões multiplica-se na razão directa dos exercícios physicos.

Sendo o oxygenio uma substancia absolutamente vital para a economia, a capacidade especifica do sangue, em relação áquelle elemento gazoso, é consideravel. A função respiradora do sangue dá bem mostra do grão de aperfeiçoamento da obra da Natureza.

Não fosse a hémoglobina, cada grammo de musculo em actividade exigiria a circulação de 200 c.c. de fluido contendo oxygenio, de 10 em 10 minutos; e, no entanto, pequena quantidade de liquido sanguineo satisfaz as necessidades musculares, tal a riqueza da hémoglobina em oxygenio.

Sob o mesmo volume, o sangue é 40 vezes mais rico em oxygenio do que o plasma. Assim, calcula BARCROFT, na ausencia da hémoglobina, o organismo precisaria de mais de 150 kilos de plasma, para distribuir oxygenio pelos tecidos!! Nessas condições, na ausencia da hémoglobina, o conteúdo do sistema vascular seria duas vezes superior ao peso total do corpo!! (5)

Esses dados demonstram que o organismo, tanto no clima quente como no clima frio, defende-se de modo admiravel contra os efeitos maleficos do alcool.

Nos climas frios, o organismo reage contra a temperatura ambiente intensificando os processos de oxydação, o que equivale a dizer que os globulos vermelhos fixam maior quantidade de oxygenio.

Esse argumento é trazido á baila pelos autores como prova da melhor tolerancia do organismo pelo alcool, sob a influencia de baixa temperatura.

Elle é, porém, absolutamente illogico e contraproducente, pois, o alcool introduzido na economia altera, modifica e perturba a bôa regulação do calor do corpo.

O seu efeito depende sobretudo da dóse ingerida, do grão de concentração sob o qual foi introduzido na economia e da actividade muscular. A temperatura exterior (do ambiente) não pôde exercer a minima influencia sobre a combustão do alcool na economia.

E a razão é simples; ingerido em quantidade pequena, dentro dos limites de tolerancia, nas dôses *hygienicas*, que oscillam entre 30 e 50 grammas nas 24 horas para o organismo são e adulto, o alcool vai totalmente oxydado e então deixa de ser toxico.

A sua combustão se processa no interior das hématias a custa da oxyhémoglobina e o efeito immediato dessa oxydação vem a ser a diminuição sensivel da capacidade respiradora

---

(5) J. BARCROFT — The respiratory function of the blood — Cambridge, 1914.

do sangue. A prova indirecta e immediata de que o alcool sofreu combustão no tecido sanguíneo é a impossibilidade em que fica a hémoglobina de dynamisar o oxygenio (DUJARDIN-BAUMETZ, JAILLET).

Dest'arte elle diminue as oxydações e resfria o organismo. Sob seu efeito, o organismo perde a capacidade physiologica de reagir contra o frio, porque a função respiradora do sangue vai até certo ponto inhibida. Logo, o argumento acima de que nos climas frios o alcool é melhor tolerado por causa das oxydações mais intensas não tem razão de ser. Admittil-o é aplaudir a crença popular de que o alcool aquece o corpo, o que scientificamente é um erro grosseiro.

A sensação de calor que sentimos pela ingestão de alcool é falsa e consequente á vaso-dilatação peripherica. E' pela excitação das terminações nervosas na pelle que colhemos a sensação do frio ou do quente. No impaludismo temos a impressão de frio devido á vaso-constricção cutanea e, todavia, a temperatura rectal é elevada ( $39^{\circ}$ ,  $40^{\circ}$  e mais).

Sob a influencia do alcool, ha dilatação dos capillares cutaneos e impressão subjectiva de calor; as visceras, porém, se resfriam e a temperatura do corpo baixa de modo considerável, podendo descer até a  $24^{\circ}$ !, segundo as experimentações de JOFFROY e SERVEAUX em 1896.

Assim, o alcool não nos protege contra o frio, e se elle por acaso é melhor tolerado nesses climas rudes é porque os habitantes dessas regiões se dedicam a exercícios physicos violentos que contrabalançam a ação inhibidora do toxico sobre os processos de oxydação. Esse facto é logico e positivo.

Fomos felizes de encontrar a mesma opinião externada por LANCEREAUX: "Les habitants des contrées froides ont, pour les boissons spiritueuses, une appétence particulière résultant du besoin de stimulants; en réalité, elles y sont mieux supportées, en raison des exercices violents et de l'intensité de l'acte respiratoire. (6)

RUBNER (7) estudou a influencia do alcool sob temperatu-

(6) LANCEREAUX — *Intoxications* no Tratado de Medicine de GILBERT-THOINOT.

(7) RUBNER — *Zeitschrift f. diätetische und physicalische Therapie*, 1901.

ras baixas e altas. Concluiu do mesmo modo que todos os outros experimentadores que o alcool não nos proteje contra o frio, nem contra o calor.

A conclusão logica que se impõe de todos os trabalhos scientificos é que uma vez excedido o limite de tolerancia, a dose *hygienica*, o alcool inhibindo as oxydações é igualmente toxicó, tanto nos climas frios como nas zonas tropicaes e *até mais perigoso durante o rigor do inverno nos climas rudes, por quanto concorre para resfriar o organismo.*

Por outro lado, a therapeutica ensina ser o alcool um *antipyretico* igual aos outros medicamentos, não só porque diminue as oxydações, como porque deprime os centros nervosos thermicos e determina perda avultada de calor pela vaso-dilatação peripherica.

São innumeras as provas clinicas do grande perigo do abuso do alcool nos climas frios.

NANSEN affirma haver supportado o frio intenso do pólo norte porque não conduzira alcool consigo.

DR. FOTHERGILL, conta que durante uma noite fria na *Sierra Nevada*, aquelles que não beberam "Whisky" resistiram valentemente a baixa temperatura ,ao passo que os homens que ingeriram "a lot of Whisky" morreram congelados (*were frozen to death*).

Durante a retirada de Moscow, em 1812, os soldados que ingeriam licores fortes para se protegerem contra o frio, morriam na neve. Os proprios trabalhadores sabem que o alcool mata nos climas rudes. Os cortadores de madeiras de construcção no Canadá ("lumberers") não ingerem alcool durante o inverno. Uma occasião, um companheiro levou um "quinto" (cask) de Whisky para a floresta e elles immediatamente deitaram fóra o conteúdo, porque sabiam do perigo que corriam, caso se embebedassem.

Affirmam os religiosos do Monte de S. Bernard que o alcool é a causa mais frequente da morte dos viajantes no meio da neve.

Eu proprio tenho experientia pessoal a respeito e posso ga-

---

(\*) FELIPPE RHO, no Tratado de molestias dos paizes quentes de Mense, trad. italiana, 1º e 4º volumes.

rantir que uma bebida quente aquece incomparavelmente melhor do que um calix de vinho.

Resisti a longos passeios no alto dos *bus*, no rigor do inverno, em Nova-York, Londres e Berlim, bebendo chocolate quente, ao passo que o "Whisky" ou cerveja fazia-me tiritar de frio em poucos minutos.

\* \* \*

Encarado o problema sob o ponto de vista scientifico era preciso que ficasse demonstrada a pobreza sanguinea dos habitantes dos paizes quentes, que os globulos vermelhos fossem em pequeno numero ou possuissem fraca percentagem de hémoglobina e esta menor affinidade pelo oxygeno para se acreditar nos effeitos muito mais terriveis do alcoholismo nas zonas torridas.

Em outras palavras, era necessario que se demonstrasse ser a função respiradora do sangue menos intensa nas zonas tropicaes. Os trabalhos scientificos das ultimas décadas, porém, arrolaram no partido das invenções livreseas as descripções feitas pelos autores antigos sobre a anemia e a anoxemia dos tropicos. Em verdade, o habitante de zona torrida possue o mesmo numero de globulos vermelhos e estes são tão fartamente providos de hémoglobina que o habitante de paiz frio. A affinidade da hémoglobina pelo oxygeno é sempre uniforme. (\*)

Se a actividade respiradora dos pulmões é um pouco diminuida nos climas quentes, é tão sómente devido ao pequeno papel desempenhado por aquelles orgãos na regulação thermica da economia nos tropicos, onde a transpiração cutanea goza de papel inestimavel. Logo, a combustão do alcool não é menor, nem mais lenta nos climas quentes, uma vez que o individuo faça exercícios physicos a maneira dos habitantes de climas frios.

---

(\*) Já vão longe os tempos em que se fallava de "hémoglobinas" com affinidades diversas para o oxygenio, segundo ensinava BOIR no *Nagels-Handbuch der Physiologie*, Vol. I, pags. 54.

Desde HÜFNER (Arch. f. Anat. und Physiol., pags. 130, 1894) sabe-se que o poder de fixação de oxygenio pela hémoglobina é sempre constante e não varia nem mesmo nos anemicos ou nos polycythemicos (erythremia ou molestia de VAQUEZ). (Ler os trabalhos de BUTTERFIELD no *Zeitschrift f. physiol. Chemic.*, pags. 173, 1909; MASING und SIEBECK no D. Arch. f. Kl. Med., pags. 122, 1910; e de FRANZ MÜLLER no Fol. hämatologica, pags. 251, 1913.

Deste modo o problema fica simplificado assim: a quantidade de alcool ingerida sendo pequena, o organismo inteira a sua combustão, isso tanto no paiz frio, como no paiz quente, porque a hémoglobina quer num, quer noutro, possue grande affinidade pelo oxygeno; sendo, ao contrario, abundante a dóse, as combustões ficam consideravelmente inhibidas, o organismo não pôde lançar mão desse recurso de defesa e o alcool age como toxico.

\*  
\* \*  
\*

Contra toda logica, porém, os autores são unanimes em afirmar que o *abuso* de bebidas alcoolicas é muito mais terrivel em seus effeitos nos climas quentes do que nos paizes frios. Aqui, dizem elles, o alcool é um alimento util; a sua combustão fornece calorias indispensaveis á defesa thermica do organismo. Nas zonas tropicaes é um combustivel inutil.

Tal noção não é, porém, verdadeira. Em primeiro lugar, essa affirmação succinta e incisiva traz á baila a questão do *alcool-alimento*.

Sem embrenharmo-nos absolutamente nessa querella scientifica digamos sómente que muitos autores negam todo e qualquer valor alimentar do alcool, por isso que elle não concorre para a construcção da molecula organica e que, mesmo entre os adeptos das experiencias de ATWATER e BENEDIKT, ROSEMAN, NEUMANN, ZUNTZ, OFFER, etc., está fechada a questão de que o alcool não passa de um alimento scientifico.

Na pratica está demonstrado repetidas vezes o grande perigo das bebidas alcoolicas nos climas frios e em suas expedições polares, NANSEN, DUQUE DE ABRUZZOS e outros por bem se houveram não levando consigo nenhuma sorte de bebidas alcoolicas.

*O alcool é um dos maiores inimigos do homem durante a estação invernosa dos paizes frios.* A sua combustão não se processa; elle não auxilia á defesa thermica dos habitantes dessas regiões; ao contrario, baixa a temperatura do corpo de modo consideravel.

\*  
\* \*  
\*

FELIPPE RHO (\*), (de Napolis), diz que a rapidez de absorção e de combustão do alcool, o seu poder thermogenico, a sua acção complexa sobre o systema nervoso, figado, etc., explicam soberbamente os seus effeitos maleficos em extremo nos climas tropicaes."

"Cada calice de bebera alcoolica, escreve o autor italiano, equivale a um cobertor de lã, que, sem a menor utilidade, envolva o corpo em transpiração; por esse motivo (acção calorifica, thermogenica) o alcool é um dos principaes factores da insolação" (RHO).

A analyse superficial de taes asseverações empresta-lhes veracidade absoluta; mas se reflectirmos maduramente vamos desvendar falhas graves e contradicções tão flagrantes no raciocinio do autor, que fazem um tanto sceptico o analysta de taes asserções.

Já vimos que o alcool não é indispensavel nos climas frios. A liga dos abstemios conta hoje innumeros membros e os "teetotalers" gozam de saude tão perfeita quanto os que recorrem ás pequenas dósese de alcool durante os rigores hibernaes.

Em dósese mais elevadas, o alcool torna-se, ao contrario, extremamente perigoso. A rapidez de combustão do alcool nos climas quentes diminue a sua toxidez. A prova disso está na intoxicação gravissima apóis ingestão de pequenas dósese de alcool méthylico (\*\*) que se oxyda mui lentamente no organismo.

De ha muito está demonstrado a combustão excessivamente rapida do alcool nos climas tropicaes.

*A luz solar por meio de seus raios chimicos activa os processos de combustão na economia.* Parece que ella reduz a oxyhémoglobin, pondo oxygenio em liberdade; QUINKE (*Über den Einfluss des Lichtes auf den Tierkörper*, Arch. d. g. Physiol., 57, 1894, pag. 123) demonstrou que a luz solar activa em alto gráo a força de oxydação das cellulas animaes (v. o esplendido trabalho do Prof. JESIONEK — *Lichtbiologie und Lichtpathologie*, 1912).

(\*) Malattie dei Paese tropicale — MENSE (Kassel), trad. italiana.

(\*\*) Casos de cegueira e morte em coma apóis ingestão de pequenas dósese de alcool méthylico (6, 8 e 10 grs!) vide *Am. J. of Physiol.*, vol. 30, pag. 463, 1912; *Mediz kl.*, n. 3, 1912 e *D. m. W.* n. 8, 1912.

## TERCEIRO ERRO

O poder thermogenico do alcool, faz com que elle seja um dos principaes factores da insolação.

Todos os autores apontam o alcool como uma das causas predisponentes da *siriase*. Não é, porém, pelo seu effeito thermogenico, — *negativo* — que elle favorece a insolação.

Nunca lemos em parte alguma que o alcool possuisse a faculdade de elevar a temperatura do corpo. *Todos os livros de pharmacodynamia ensinam ser elle um antithermico* por isso que inhibe as oxydações, paralysa os centros nervosos thermicos e vaso-motores, impedindo dest'arte a reacção thermica e determinando grande perda de calôr pela superficie cutanea. (\*)

O alcool predispõe á *siriase* por outros motivos: excitação e congestão méningo-encefalica, degeneração cardiaca (myocardite e infiltração gordurosa), degeneração do figado e dos rins, o que favorece as intoxicações (*uremia*), etc.

Preconceitos antigos passam de geração em geração e os clinicos até pouco tempo consideravam o figado “*locus minoris resistentiae*” nos climas tropicaes. Alguns autores chamam o alcool ainda por cima “*veneno hépatico*”. Afóra as congestões dessa viscera nos impaludados e os casos de abcesso em consequencia á dysenteria amebica, a pathologia do figado não differe absolutamente nos climas tropicaes e nos climas frios.

Jámais observamos a hépatite tropical, a congestão hépatica dos climas quentes. Não ha hépatismo tropical, não ha excesso

(\*) Vejamos, ao accaso, a opinião de alguns autores competentes.

“L'alcool est une substance très facilement combustible, mais très peu thermogène et jamais, on n'a pu voir se produire une élévation de température etc. Au contraire, à doses élevées, l'alcool provoque un abaissement rapide et considérable de température” et il se conduit comme un antithermique”. — POUCHET — Pharmacologie.

— “Amongst the drugs that are used as antipyretics, I may mention one that you might at first hardly think of — viz, *alcohol*.

LAUDER BRUNTON — The action of medicines.

— “... so dass den *Alkohol* geradezu als ein *Antipyreticum* hat verwenden können. In der Tat ist seine Thermische Wirkung prinzipiell gar nicht verschieden von der der eigentlichen Antipyretica, etc.

MEYER-GOTTLIEB — Die Exp. Pharmakologie, 1914.

(\*) Contribuição ao estudo etiologico da cirrhose atrophica de Laennec no adulto. O. CLARK.

de secreção biliar, tampouco ação vicariante do fígado em relação aos pulmões, conforme queria COPLAND, nos países quentes.

A cirrose atrofica de LAENNEC é rara entre nós e na sua etiopathogenia a sifilis gosava de papel tão importante, quanto o alcoolismo chronico.

Igualmente rara é a degeneração gordurosa total da viscera; só observamos até hoje um caso.

Se o alcoolismo chronico fosse realmente muito mais grave nos tropicos, nós, clínicos, devíamos encontrar frequentemente manifestações visceraes desta intoxicação.

O fígado, sobretudo, que retem grande quantidade de alcool, devia apresentar-se esclerosado muito mais frequentemente do que nos países frios. Ora, *justamente o contrario é que se observa*. Todos os autores são accordes em afirmar que a cirrose atrofica é mais rara nos países quentes. Passam em média 2 a 3 cirrhoticos por anno na 2ª enfermaria da Santa Casa num total de 700 a 800 doentes; e além disso *quasi todos elles são syphiliticos*.

Em um trabalho que publicamos, já lá vão alguns meses (\*) o W. foi muito positivo em 50 % dos casos e os doentes apresentavam outras manifestações clínicas da infecção luetica.

De então para cá tivemos oportunidade de observar mais seis casos de cirrose atrofica, sendo que quatro desses doentes eram syphiliticos.

LANCEREUX diz que "la cirrose hépatique fait aujourd'hui plus de ravages que la fièvre typhoïde à Paris.

Pour s'en convaincre, il suffit de consulter la statistique des décès de la ville de Paris qui chaque semaine enregistre de 15 à 20 décès dus à cette affection".

O mesmo facto se observa em todos os países frios. Apenas mais um exemplo: vejamos a "Mortality statistics", de 1910, correspondente à "registration area" dos E. U. da America do Norte e publicada por DURAND, *Census Bureau*.

A área de registro diz respeito sómente a 58 % da população, isto é, a 54 milhões de habitantes. Pois bem, em 1910 morreram 7.485 cirrhoticos do fígado (cirrose atrofica de Laennec) na área de registro da America do Norte. Em toda a Republica norte-americana pudemos calcular em 15.000 o numero

de vidas eliminadas pela cirrhose atrophica do figado *annualmente!!!*

Esses factos de observação clinica são de grande importancia e depõem em contrario da concepção theorica dos maiores maleficos causados pelo abuso do alcool nas zonas quentes. Contia a observação clinica não ha argumentação theorica que pese; ella exprime a verdade. Nunca vimos nos nossos hospitaes — do Pará ao Rio — nada que se approxime da descripção em cōres negras feita pelos autores estrangeiros sobre o alcoolismo chronico.

A asserção dos classicos (ROLLESTON e outros) de que a cirrhose de LAENNEC é mais rara nos climas quentes porque o alcool degenera logo a viscera e não dá tempo a que ella se escleroze, *não corresponde à verdade.*

Só tivemos oportunidade de observar até hoje *um* caso de degeneração gordurosa total do figado em alcoolista chronico.

Afinal de contas, não ha provas scientificas e tampouco a observação clinica justifica a idéa dos autores européus de que o alcoolismo chronico é muito mais terrivel nos climas quentes.

O proprio F. Rho confessa que “*non conosciamo a fondo le ragioni scientifiche di questa maggioré dannosità dell'alcool nei climi caldi*” e na introduçōo ao esplendido tratado de molestias dos paizes tropicaes de MENSE (KASSEL), escreve as seguintes palavras:

“*Nel loro ambienti di lavoro, vediamo molti dei nostri operai — fornai, metallurgi, vetrai, minatore e fuoghisti delle navi — resistere a temperatura assai piú alte que non quelle dei climi tropicali. Solo dei vietni preconcetti hanno potuto far credere che questi operai presentassero una morbosità superiori a quella di operai addetti ad altri lavori ma le statistiche della nostra marina dimostrano qui la morbosità e la mortalità dei fuoghisti é piú bassa di quelle di quasi tutte le altre categorie.*”

E, no entanto, esses trabalhadores são quasi todos alcoolistas chronicos, pois reina entre elles a crença de que o alcool os protege contra a accão depressiva e malefica do calor.

Os generaes que commandam tropas nas colonias africanas, etc., são todos accordes em affirmar que o soldado abstemio

é muito mais forte do que a praça que ingere alcool (LORD ROBERTSON, General LYAUTÉY, etc.).

Esse facto não é, porém, peculiar aos climas quentes. Em todo o globo, os abstemios accusam capacidade de trabalho muito maior do que os consumidores de alcool.

CARNEGIE os prefere para todas as occupações.

Os "sportmens" sabem que ingerindo bebidas alcoolicas têm de abandonar a profissão porque elas diminuem a força muscular.

CHAUVEAU demonstrou este facto com uma celebre experincia, realizada em 1901: cães nutridos com assucar percorriam 10 kilometros por hora; o assucar, sendo substituido pelo alcool, *em proporção isodynamica*, os mesmos cães só percorriam 7 kilometros á hora. (\*)

O argumento de que o europén recemchegado a paiz quente não tolera a dóse habitual de alcool que ingeria em o torrão natal, não procede. O europén necessita acclimatar-se primeiramente.

Nos climas tropicaes a pelle é a valvula de segurança. A sua constituição anatomica não só é diversa nas zonas quentes (espessamento da camada cornéa) como o sistema vaso-motor se acha mais adextrado; isso explica o facto de obseryação banal de que o habitante do Equador supporta melhor o frio rigoroso do que o habitante do Norte.

O europén, quando aporta a paiz tropical ingere dóses fractionadas e repetidas de alcool na convição de que assim fica protegido contra o clima e as molestias.

Taes dóses, ao fim do dia, sommam quantidade consideravel de alcool.

Cumpre acrescentar ainda que os vinhos e cervejas exportados para os paizes quentes não só são mais fortemente alcoolisados, como falsificados, no intuito de melhor conservação.

(\*) Essa experincia é citada pelo celebre pediatra viennense, MAX KASSOWITZ, na campanha memorável que realizou contra a "idéa theórica e absurda do alcool-alimento" (v. *Allgemeine Biologie e Kinderheilkunde*, capítulo — *Alkohol im Kindesalter*). Ella é, porém, criticada (e com razão) por GAUTHIER — *L'alimentation et les régimes*. Tudo é questão de dóse; CHAUVEAU recorria a dóses *toxicas* e não a doses "hygienicas".

O regimen alimentar tambem differe em extremo do europeu e o abuso da mesa é muito prejudicial nos paizes quentes. E por ultimo, os exercicios physicos gozam de papel importan-tissimo; os europeus estão habituados a "sports" violentos, mas uma vez chegados á zona tropical, o calôr impede, via de regra, que elles desenvolvam a mesma actividade.

Assim, LANCEREAUX tem toda razão quando escreve que "as bebidas espirituosas são melhor toleradas nos paizes frios em razão dos exercicios physicos violentos e da intensidade do acto respiratorio" (consecutiva).

O trabalhador "mata o bicho" para supportar a temperatura alta.

Incorre, porém, num erro tão grosseiro, quanto o do habitante de paiz frio que recorre ao alcool para se aquecer. Em realidade as bebidas espirituosas não nos protegem contra as temperaturas extremas: *O alcool actua deshydratando os tecidos e excitando as secreções*. Quem ingere alcool, transpira copiosamente por causa da vaso-dilatação peripherica e urina abundantemente em consequencia á deshydratação geral dos tecidos e á excitação dos rins e esse facto se observa, sobretudo, nos tempos de canicula.

Todos conhecem o effeito diuretico da cerveja e a sensação de sêde intensa que se segue á ingestão de qualquer bebida alcoolica.

RABUTEAU et JAILLET demonstraram que a quantidade de urinas emitida nas duas primeiras horas que se seguem á ingestão de alcool, aumenta até de 5 a 6 vezes a quantidade habitual.

Todas as outras secreções vão igualmente estimuladas; assim comprehende-se facilmente a sensação de sêde intensa que desperta a ingestão de alcool nos climas quentes.

Podemos concluir, pois, que o alcool é tão prejudicial nos climas quentes como nos climas frios.

Não ha, pelo menos, um argumento scientifico ou observa-ção clinica, sobre o qual se possam basear os autores que fallam dos effeitos muito mais terriveis daquelle toxico nos climas quentes.

b) *Alcoolismo chronicus e epilepsia symptomatica consecutiva.*

WALLIAM OSLER (6) é de opinião que medico novo deva ler jornaes recentes sobre medicina e livros *antigos* e deixar os livros modernos para serem lidos por velhos Esculapios.

Ha muita verdade na phrase acima. A observaçao que ora publicamos dá bem ideia das multiplas vantagens que ha para os rapazes recemformados em folhear os livros classicos do ultimo seculo.

Ha, com effeito, muita innovaçao em medicina destituída de base. Os autores antigos descreveram a epilepsia provocada pelo alcoolismo chronicus. O classicus MAGNUS Huss, que publicou um tratado completo a respeito dos effeitos do abuso prolongado de bebedas alcoolicas, a maneira de BRIQUET, em relaçao á hysteria, tambem descreveu a forma epileptica do ethylismo chronicus. O facto clinico, além de incontestavel, é perfeitamente justificado pela anatomia-pathologica, pois é banal a noçao de que o alcool provoca frequentemente inflammatio chronicus das meninges (pachy e lépto-meningite chronicas) e trivial tambem o conhecimento de que ataques epilepticos são habituas no decurso dessas affecções.

Hoje em dia, porém, alguns autores, -- STOCKER, BONHOEFFER, GAUPP, etc. -- affirmam ser a epilepsia essencial e a embriaguez symptomatica. A nossa observaçao depõe em favor da veracidade da asserção dos antigos clinicos.

Não ha, tampouco, possibilidade de confusão da manifestaçao epileptica symptomatica do nosso doente com os accessos convulsivos da hysteria. (7)

Os autores desses ultimos tempos classificam de “*degenerado*” todo ebrio habitual. Na nossa fraca opinião ainda não está definitivamente resolvido se todo devoto de Baccho seria

(6) WILLIAM OSLER — *Internal Medicine as a Vocation* — “Let the old men read new books; you read the journals and the old books — LAENNEC, SYDENHAM, etc.

“Addresses to medical students” 1910.

(7) OPPENHEIM (“*Lehrbuch der Nervenkrankheiten*”) affirma que muitos casos de convulsões nos alcoolistas chronicos são de natureza hysterica.

anteriormente um psychopatha ou se ao contrario, a degeneração mental não seria consequente ao abuso do toxico.

Conhecemos um sr. que por motivos ignorados tornou-se *ebrio permanente* e após 6 a 7 annos de vicio, voltou a ser um homem de bem e excellente chefe de familia. Como um degenerado poderia rehabilitar-se desse modo? Pensamos que o clinico é forçado a admittir as duas theorias e que as idéas expostas nos livros recentes de STOCKER (8), BONHOEFFER, etc., são algo exageradas.

#### OBSERVAÇÃO

X., 42 annos, empregado no hospital da Beneficencia Portugueza, é dado ao vicio da embriaguez, já lá vão 18 annos. Abusa, sobretudo, do paraty. Antecedentes hereditarios sem importancia: pae falecido em consequencia de um desastre e mãe viva; não ha historia de "epilepsia" na familia.

Nega antecedentes venereos.

*Exame.* — Paralsia facial esquerda, typo inferior; ulceras varicosas nas pernas. Tremor das mãos, lingua e labios. Palavra um tanto arrastada e difficil.

Não ha insufficiencia cardiaca; tampouco manifestação clinica para o lado do figado.

O doente vê pouco da vista direita.

*Wassermann* com o sôro sanguineo, negativo.

As 3 reacções de *Nonne* com o liquido cephalo-rhacheano foram igualmente *negativas*.

O paciente começou a soffrer de ataques epilepticos em 1913; as crises vulgares do "grande mal", sobrevinham a principio com intervallo de meses. Pouco a pouco tornaram-se mais amiúdadas e por ultimo occasiões ha em que é accomettido de 8 a 10 crises por dia. Os seus companheiros de quario o encontram frequentemente "sem sentidos" pela manhã — phase ultima de um ataque epileptico durante a noite. Afinal levanta-se "muito fatigado" e vai trabalhar. Por diversas vezes tem passado 24 horas desacordado, "sem sentidos", repetindo-se as crises convulsivas 8 e 10 vezes nesse espaço de tempo.

Uma occasião permaneceu em estado de *coma* durante 3 dias, na enfermaria de S. Jeronymo, a cargo do illustre clinico Sr. Dr. Cardoso Fonte, apresentando crises epilepticas subintrantes.

*Diagnóstico.* — *Alcoolismo chronico; epilepsia consecutiva.*

Como justificar o diagnóstico? Mui simplesmente.

Em 1º logar, nenhuma duvida de que o doente apresenta as crises vulgares de epilepsia; não ha confusão possivel com o ataque hysterico.

(8) STÖCKER — (Kl. Beiträge zur Phrage der Alkohol — psychose — Jena 1910) e outros consideram a embriaguez apenas "symptoma" de uma molestia psychica. Segundo BONHOEFFER 70 % dos ébrios chronicos são psychopathas congenitos (v. Lewandowsky-Handbucb der Neurologie).

Em 2º logar, os ataques epilepticos se iniciaram na edade de 39 annos.

Ora, a epilepsia quando essencial se manifesta, via de regra, desde a infancia ou puberdade; epilepsia que surge apenas na edade adulta, acima dos 30 annos, é quasi sempre *secundaria*.

A infecção syphilitica constitue o factor etiologico mais importante dessa manifestação epileptica tardia; no nosso doente, porém, podemos exclui-la com segurança.

Em 3º logar, o paciente é alcoolista inveterado ha 16 annos e todos sabemos a importancia capital desse toxico como factor etiologico do "*morbus sacer*".

E' habitual encontrar-se esclerose cerebral, pachy e leptomeníngite chronicas pela nécropsia de alcoolistas inveterados e tal inflammatiōnē chronicā das méninjas se exterioriza commumente por crises epilepticas.

Por ultimo, os autores antigos admittiam a epilepsia symptomatica do alcoolismo chronicō.

Ha individuos epilepticos que sentem desejo irresistivel de ingerir alcool por occasiōn das "crises": são *dipsomanos*.

Terminando o "acesso" elles não têm consciencia do que fizeram; embriagaram-se inconscientemente.

Nada disso no nosso doente que bebia voluntariamente e só 12 annos mais tarde começou a soffrer de crises epilepticas.

### c) *Alcoolismo chronicō e meningite sérosa.*

Desde os primeiros trabalhos experimentaes sobre alcoolismo feitos pelo médico de Stockolmo, MAGNUS HUSS (1) e dados á publicidade em 1852, ficou demonstrado que o abuso de bebedas alcoolicas exagera a secreção do liquido cefalo-rachidiano. As experiencias posteriores de DEHIO, NISSL, JOFFROY, ANTIEAUME e muitos outros realizadas em cães intoxicados pelo alcool confirmaram as conclusões do autor sueco.

Modernamente, FINKELNBURG (2) conseguiu obter experi-

(1) MAGNUS HUSS — *Alkoholismus chronicus* 1852.

(2) FINKELNBURG — *Exp. Untersuch. über den Einfluss des Alkohols auf den Hirn — und Rückenmarksdrücke* — Deutsche Arch. f. Kl. Med. 43 d — 80—1907.

(3) LANCEREAUX — *Alcoolisme chronique* no *Traité de Medecine de Brouardel, Gilbert-Thoinot* — fasciculo — *Les intoxications*.

mentalmente o mesmo excesso de produção de liquido *cephalo-rhacheano* em cães alcoolizados e concluiu que o aumento de exsudato séroso entre a dura-mater e a arachnoide persiste por longo tempo determinando exagero de tensão no espaço subarachnoideo.

LANCEREAUX (3) que possue vasta experienca sobre o assunto, quer sob o ponto de vista clinico e anatomo-pathologico como sob a esphera experimental, affirma: "Nos alcoolistas chronicos as cavidades ventriculares são geralmente dilatadas e o *liquido cephalo-rhacheano* é sempre abundante".

Baseados nos trabalhos experimentaes e nos protocollos de autopsias de ebrios chronicos, segundo LANCEREAUX, era de esperar encontrassemos frequentemente nas enfermarias de clinica médica alcoolistas chronicos apresentando a syndrome da *ménin-gite sérosa*, tanto mais quanto o seu verdadeiro creador, QUINCKE, (4) (de Kiel), aponta as *intoxicações chronicas, mórmamente o alcoolismo*, como um de seus factores etiologicos.

A *ménin-gite sérosa* como expressão clinica da intoxicação chronica pelo alcool só *exceptionalmente*, entretanto, se tem oportunidade de observar na pratica hospitalar.

Casos dessa natureza já se acham, porém, archivados nos jornaes médicos; DANA, em 1899 escreveu mesmo um trabalho a respeito, publicado no *Journal of nervous and mental diseases* Décember 1899.

Tivemos ensejo de estudar um doente nessas condições; a nossa experienca, confirma — *in toto* — a opinião expressa nos seguintes termos por BONHOEFFER, de Breslau, no *Handbuch der Neurologie de Léwandowsky*, 1912: "Quantos milhares de alcoolistas chronicos são autopsiados e não se encontra "*Hydrocephalo activo*".

---

(4) QUINCKE foi realmente quem chamou a attenção da classe para a relativa frequencia da *ménin-gite sérosa*. Antes d'elle, porém, HUGUE-NIN descrevera um caso de "*léptoménin-gite scrosa simple* no *Ziemssens' Handbück* e POLITZER tambem observara casos de *Hydrocephalo interno agudo* que não erão de natureza tuberculosa.

Tal o historico da *ménin-gite sérosa* segundo os autores allemaes. Não corresponde, entretanto, á verdade. Encontramos no curioso livro de JESSE MYER — *The life and letters of Dr. W. Beaumont*. London 1912, á pags. 24, uma observação do celebre physiologista canadense de 1812 (!), relativa a uma caso de "*hydrocephalo interno*" (*ménin-gite sérosa*) diagnosticado em vida, em uma menina, após pneumonia. A autopsia revelou 1/2 litro de sérosidade nos ventriculos, confirmando, d'est'arte, o diagnostico.

## OBSERVAÇÃO

A. P., 42 annos, portuguez, branco, casado, trabalhador, internado á 2<sup>a</sup> enfermaria da Santa Casa em 12 de Outubro de 1915, indo ocupar o leito 26.

Individuo alto, compleição robusta e physionomia propria de alcoolista inveterado. Ha 10 annos embriaga-se frequentemente. O 1º facto a prender a attenção do medico é o estado de *somnolencia*, de torpor intellectual, de indifferença ao meio. Accusa *diminuição da acuidade visual*, diplopia e paresthesia para os membros inferiores. Impotencia absoluta ha 5 mezes. Ha tambem *cephalalgia* e estado vertiginoso. Não se pôde ter de pé por falta de equilibrio (signal de ROMBERG). A marcha é *espastica* e *ataxica*. Os *reflexos tendinosos* apresentavam-se *exaggeradissimos*: phenomeno do pé (trepidação espinhal- e clono da rotula). Phenomeno de BABINSKY, presente de ambos os lados, sendo mais accentuado á esquerda.. Deitado, não havia ataxia. A mais leve percussão tendinosa despertava viva irrepidação. Tinha-se a impressão nitida de uma caso de paraplegia espastica com apresentação no mais alto grão dos reflexos medullares.

*Dysarthria accentuada*; escripta difficultada pelo tremor fibrillar das mãos.

*Reflexos cutaneos*: os abdominaes estavam vivos e os cremastericos abolidos. *Sensibilidade objectiva*: nada de importante. *Sensibilidade subjetiva*: dôr ás panturrilhas (inicio de névrite) e rachialgia.

*Exame á camara escura*. — *Anisocoria*: pupilla direita circular e pupilla esquerda alongada e maior.

*ARGYLL-ROBERTSON* de ambos os lados. Ausencia do phenomeno de accommodação visual.

*Diagnóstico* do 1º momento. — Em um doente nessas condições acode logo ao espirito a idéa de *paralysis* geral verdadeira ou falsa. O estado psychico de indifferença, a somnolencia, o signal de ROMBERG, o exagero extraordinario dos reflexos tendinosos, a trepidação epileptoide, a dysarthria, o tremor das mãos, a escripta tremula e errada, a impotencia, os signaes pupillares (anisocoria, pupilla *alongada* tão peculiar á affecção de BAYLE), a *paralysis* de accomodação, o phenomeno de ARGYLL-ROBERTSON, etc., são symptomas clinicos da *méningo-encefalite progressiva e diffusa de natureza syphilitica*.

A anamnese vinha ainda em apoio d'essa suposição, por isso que, o doente contava ter sido accomettido de um "ataque de cabeça" (crise apoplectiforme) havia 2 annos, permanecendo sem sentidos durante horas e ficando *paretico transitoriamente* dos membros inferiores. Outro ponto de maxima importancia é o que relata o paciente em relação á memoria.

Não se recorda dos factos recentes comquanto se lembre dos acontecimentos remotos. Desde o dia do "ataque de cabeça" é frequente errar o caminho de casa.

Accusa, afinal, muita fraqueza nos membros inferiores, sendo-lhe materialmente impossivel percorrer longas caminhadas.

Esses dados anamnesticos induziam ao diagnóstico de *paralysis* geral. Nessas condições extrahimos sangue e líquido cephalo-rachidianos que foram enviados ao laboratorio.

As 4 reacções foram negativas. A *puncção do espaço subarachnoidal* revelou *hypertensão extraordinaria*, jámais observada por nós. O líquido jorrou a grande distancia — talvez uns 20 centimetros para traz.

A retirada de 30 centimetros cubicos de exsudato seroso, limpido e transparente fez baixar sensivelmente a tensão.

*Curso da doença.* — No dia seguinte, 13 de Outubro, os signaes assinalados anteriormente haviam desapparecido quasi por completo e o doente sentia-se muito melhorado. A dôr de cabeça e o estado vertiginoso cessaram de vez e o exame não revelou os phenomenos espasticos do dia anterior. Não havia mais phenomeno de BABINSKY, trepidação epileptoide, marcha espastica, etc. Ao fim da 1<sup>a</sup> semana de hospitalisaçao o iris acommodava-se perfeitamente e contrahia-se á luz (desapparecimento do phenomeno de ARGYLL-ROBERTSON).

Sentindo-se bem, o doente pediu alta a 25 de Outubro de 1915, após 13 dias de observação.

Durante a sua estada no hospital nunca apresentou reacção febril.

#### JUIZO CLINICO

Nenhuma duvida podia existir quanto ao diagnostico. O quadro clinico exhibia vasta série de symptomas "transitorios" dependentes exclusivamente da compressão do eixo-cerebro-espinhal pelo exsudato seroso em abundancia, mantido sob alta tensão no espaço sub-arachnoidéo. A dôr de cabeça, o estado vertiginoso, a somnolencia, o torpor psychico, etc., dependiam da compressão cerebral.

O phenomeno de BABINSKY, a marcha espastica, o exagero dos reflexos tendinosos, o signal de ROMBERG, etc., erão exteriorizações clinicas da compressão do eixo-médullar (pyramides e raizes posteriores).

Pela retirada de 30 cent. cub. de liquido, o quadro clinico modificou-se inteiramente em 24 horas por causa da descompressão do eixo nervoso.

#### UMA FALTA

O doente accusava diminuição da acuidade visual. Era intenção nossa examinar o fundo do olho. A alta inesperada do paciente não permitio que o fizessemos. Assim duas hypotheses são plausiveis no caso: *nérvite optica* tão peculiar ao alcoolismo chronico ou *extase papillar*, quasi infallivel na méningite sérosa — index da hypertensão cerebral — symptomma muita vez precoce, isolado, e conduzindo não raro á cegueira absoluta, irremediavel, em algumas semanas e até em poucos dias!

## PROGNOSTICO DO CASO

Mão; muito máo. A puncção lombar não curou o paciente. Elle volve ao vicio de embriaguez e provavelmente terminará cégo como sóe acontecer tantas vezes aos alcoolistas inveterados, sobretudo quando acompanhados de méningite sérosa.

## ULTIMO COMMENTARIO

A observação apresenta grande interesse no que respeita ás reacções pupillares.

Innumeros são os trabalhos relativos aos phenomenos pupillares no alcoolismo chronico. (5)

O nosso doente evidencia a possibilidade da paralysia da accommodação e signal de *Argyll-Robertson transitorios*, de modo *ephemero*, nos intoxicados chronicos pelo alcool.

**NONNE**, encontrou perturbações pupillares (fixidez reflexa, fixidez absoluta, preguiça pupilar, anisocoria) em 6 % dos alcoolistas chronicos.

Resalta, porém, dos optimos trabalhos de **BUMKE, BABINSKY e WEILER** que o phomeno de *Argyll-Robertson permanente* é pathognomonic da *syphilis nervosa*; o *W.* positivo é seu compa-  
nheiro invariavel.

## CONCLUSÃO

Pelo exposto acima parece que a unica interpretação possivel do caso clinico é que se trata de "*Hydrocephalo idiopatico adquerido*", "*Hydrocephalo interno agudo*" de **POLITZER**, a "má-

(5) As publicações de **THOMPSON, UHTHOFF, MOELI, SIEMERLING, WEISER, BUMKE, BABINSKY, NONNE, etc.**, são das mais importantes e dignas de leitura.

5<sup>a</sup> nota bibliographica sobre *méningite serosa*—Livros de molestias de crenças de **PFAUNDLER-SCHLOSSMANN**, de **O. HEUBNER**, de **MAX KASSOWITZ**, artigo de **J. HEUBNER** na *encyclopedia de EULENBURG*, 4<sup>a</sup> ed., e sobretudo o livro de **FINKELSTEIN**, de Berlim — **SAUGLINGSKRANKHEITEN**, "o autor da mais vasta experienca a respeito "na opinião de **KASSOWITZ**, e o esplendido artigo de **BONHOEFFER**, de Breslau — **Erworbene Hydrocephalus**, no *Handbuch der Neurologie* de **LEWANDOWSKY**, etc.

ningite sérosa aguda" de QUINCKE, a "lépto-méningite sérosa" de HEUBNER. (5<sup>a</sup>)

O abuso do alcool parece ter sido o factor etiologico, o que é perfeitamente admissivel de accôrdo com os estudos experimentaes — de MAGNUS HUSS a FINKELNBURG, os trabalhos de nécropsias de LANCEREAUX e outros e a observação clinica de DANA e outros.

Oscar Clark.



# **DIAGNOSTICO DAS ECTASIAS DA AORTA**

**PELO**

**DR. ARTIDONIO PAMPLONA**



## SOBRE O DIAGNOSTICO DAS ECTASIAS DA AORTA

Desde que entrou victoriosa na pratica clinica a reacção de Wassermann, um dos mais prestimosos auxilios do laboratorio, vêm todos os autores, em quasi unanime accordo, attribuindo á *lues arterial* a etiologia das ectasias da aorta. Essa noção é de summo alcance para o clinico, dada a relativa facilidade de agir com proveito para o doente, sobre aquella gravissima affecção, senão curando-o, ao menos alliviando-o de certo e prolongando-lhe a vida de modo toleravel, pelo tratamento intenso e precocemente estabelecido.

De facto conforme HELLER, desde 1885 vem sustentando, parece incontestavel que a mesarterite luetica é a causa do aneurysma da aorta.

As estatisticas daquelle autor e de seus discipulos, feitas com o maximo criterio, acarretam-nos, com quasi absoluta segurança, a convicção de que a syphilis deve ser incriminada como a geratriz dos aneurysmas da aorta.

Embora autores conspicuos, EICHHORTS entre outros, entendam que a etiologia do aneurysma da aorta seja a mesma da arterio-sclerose, encontrando-se portanto nelle as alterações senis ou pré-senis commumente produzidas pelo alcoolismo, pela syphilis, pela gotta, etc., a verdade é que a mesarterite luetica estudada por HELLER, apparecendo de preferencia na edade media da vida ao invés do que sóe acontecer á arterio-sclerose, produz na arteria uma grande diminuição de resistencia de suas paredes, d'onde o facil apparecimento das ectasias, ao passo que a arterio-sclerose enrija as paredes dos vasos, antes reforçando-as do que enfraquecendo-as.

Dentre as estatisticas mais concludentes, de que a *lues* é o grande factor dos aneurysmas da aorta, merecem ser citadas as de

ÉTIENNE, de KARL MALMSTEN e de HEIBERG, que attingem respectivamente a 69 %, 80 % e 87 %.

No dizer de BOINET, a media geral dessas estatisticas desde os antigos aos mais modernos autores é de 70 %. Assim, pois, apesar de algumas opiniões que pretendem, como a de von SCHROTER, invalidar estas conclusões, existe uma forma particular de aortiteluetica, com grande tendencia á formação de ectasias do vaso, a qual sobrevem tardivamente á infecção inicial (do 5º anno em diante), attingindo o vaso por um processo diffuso, ou em fócos circumscriplos, e curavel conforme diz DIEULAFOY, se tratada fôr em seu inicio. Cresce, portanto, de muito a importancia do diagnostico precoce dos aneurysmas, porque estabelecida a medicação especifica, mais facil é curar, mórmente lidando-se com individuo de menos de quarenta annos, cuja lesão em tal caso, no sentir de SENATOR e tantos outros, se impõe como evidentemente de origem syphilitica.

Para os já edosos, serão chamadas á scena outras causas como o impaludismo, a gotta, as diversas infecções, a sclerose arterial, e mesmo a syphilis, mas já então como productora de lesões irreductiveis, pertencentes neste caso ao quadro dos chamados accidentes para-syphiliticos, ou quaternarios como querem alguns.

Apezar de vivermos em uma epocha, como diz o professor MIGUEL COUTO em suas admiraveis lições de clinica medica, em que o diagnostico dos aneurysmas internos perdeu metade de suas difficuldades, ainda hoje é objecto de grandes locubrações estabelecer esse diagnostico em seus primordios, justamente, onde elle é mais necessario, por ser ahi mais efficiente a medicação, e crescer assim a percentagem das curas ou das melhoras. O proprio CARDARELLI (citado por Miguel Couto) recentemente, deante de um caso, depois de fazer o balanço de seus erros, ficou na impossibilidade de affirmar se o seu doente era portador de um neoplasma ou de um aneurysma.

A' radioscoopia se deve essa facilidade com que se pôde, até certo ponto, suspeitado o aneurysma, certificar a sua existencia. Mister se faz pois procurar pesquisar os seus indicios e enviar o doente ao radiologista para a verificação da conjectura e instituição de um tratamento adequado, muito embora á radioscoopia um tumor telangiectasico, como em um caso do Profes-

SOR MARCOS CAVALCANTI, possa dar uma sombra pulsatil semelhante em tudo á que se obtem com os aneurysmas. No suspeitar o aneurysma, pois, é que o clinico solerte revelará tacto, o que nem sempre é facil nem mesmo as vezes possivel, se não fôra a radioscopya subsidiaria.

Temos sempre no espirito presente, ao depararmos casos semelhantes, um doente que vimos na 2<sup>a</sup> enfermaria, nos saudosos tempos em que faziamos a nossa aprendizagem clinica com o Professor ROCHA FARIA, eminente Mestre e amigo. Era um homem dc cerca de 50 annos, em que o nosso Mestre, comnosco, firmára o diagnostico de ectasia da crossa da aorta com localisação provavel entre o tronco-brachio-cephalico e a carotida esquerda, dada a symptomatologia que o mesmo apresentava. Dôres que se irradiavam ao braço esquerdo, ás vezes ao direito, dyspnéa com quasi cornagem pelo esforço, sopro systolico leve ao nível do 2º espaço intercostal direito, que se ouvia sobre o manubrio esternal, desigualdade dos pulsos radiaes retardado o esquerdo um pouco em relação ao direito; accessos de tosse e as vezes suffocação ligeira, para cessar logo.

Faltou para a integração dos symptoms o signal de OLIVER-CARDARELLI, bem como a exteriorização do tumor, sentindo-se apenas os batimentos aorticos pela palpação profunda na fossa jugular, o que não é raro vêr-se em individuos edosos, fôra dos aneurysmas. Esse doente, tendo succumbido imprevistamente á noute, quando ia melhorando com o tratamento instituido, foi autopsiado, encontrando-se, com surpreza, ao invés de um aneurysma, um grande ganglio escuro, endurecido, que quasi attingia o tamанho de um ovo e comprimia a aorta justamente entre o tronco innominado e a carotida esquerda. Notavam-se outros ganglios tracheo-bronchicos augmentados e endurecidos, escuros quasi pretos, sem que nenhum attingisse ao volume do já citado. Digamos desde já que naquelle tempo não dispunhamos da radioscopya, como hoje, no Hospital.

Com os dados da autopsia fez-nos então o nosso Mestre a mais admiravel aula de clinica que lhe temos ouvido, justificando o seu diagnostico e fallando-nos das difficultades do mesmo.



Dentre os symptomas descriptos pelos tratadistas classicos, uns ha que são tidos como presumptivos da existencia de um aneurysma (como diz PETER), ou signaes de probabilidade (no sentir de HUCHARD); outros, ao contrario deverão ser considerados como elementos essenciaes de garantia, ou signaes de certeza, na opinião do mesmo HUCHARD. Mas se muitos são os symptomas que merecem o fôro de presumptivos, como elementos capazes de, reunidos, fazerem o clinico conjecturar a existencia de um aneurysma da aorta, nenhum delles logra, por mais importante que seja, a qualidade de abonador integral ou pathognomonic, nem mesmo o batimento pulsatil que, raramente de certo, pôde no entanto apresentar-se, como dissemos, em tumores de consistencia molle e profundamente vascularisados.

Não é pois, só com o sentir-lhe os batimentos, — já dizia LAENNEC —, que se está autorizado a affirmar a existencia da ectasia, tanto mais quanto até em exame radioscopico o citado tumor pulsatil pôde simular um verdadeiro aneurysma dando uma sombra identica. De outro lado, quanta vez a inspecção radioscopica, em casos de ectasia, cujo sacco se acha repleto de coagulos sanguineos não divisa a pulsação classica do aneurysma, e com essa ausencia se torna arduo o discrime clinico? — “O tumor pôde ser um aneurysma e não ser pulsatil, e pôde ser pulsatil e não ser um aneurysma”, diz MIGUEL COUTO em suas sapientes lições.

Em uma das sessões da Associação Medico-Cirurgica do Rio de Janeiro o Dr. OSCAR CLARK relatou um caso interessantissimo em todos os pontos de vista, que vem mostrar como até a radiosopia pôde deixar permanecer dubio o juizo clinico, atestando ás vezes a existencia de um aneurysma, onde elle não existe. Este caso curioso de se ler, acha-se publicado por extenso nos boletins daquella nova e florescente instituição scientifica. E se a verificação de um tumor pulsatil, com expansão de seu volume durante as pulsações, não se pôde reputar como elemento caracteristico, garantidor certo de um aneurysma aortico, então confessemos que não ha symptomas de certeza, pathognomonic de uma ectasia da aorta.

Nem mesmo em seu remate dramatico, quando parecendo elucidar o diagnostico, como nos casos citados por MIGUEL COUTO, um de sua clinica e outro do Professor MIGUEL PEREIRA, des-

cripto na *Revista Medica de S. Paulo*, terminando a vida do paciente por exhaustiva hematemese, se pôde affirmar que é o aneurysma diagnosticado por um symptom pathognomonic, si é que em conjuncturas taes de perfeito desapproveitamento do signal, valha a pena se fallar em symptom pathognomonic.

Nem nessa situação, repetimos, o desfecho da molestia pôde servir para asseverar a existencia do aneurysma, porque a autopsia tem revelado hemorrhagias fulminantes consecutivas á perfuração dos ramos da arteria pulmonar por um ganglio lymphatico que se destruiu e se tornara adherente não só ao vaso como ao bronchio, por onde se esvaziou e por onde irrompeu o sangue a flux. Nesses casos o diagnostico até então hesitante de ectasia aortica insinuado em vida pelo cortejo symptomatico, parece ser corroborado pelo desfecho fatal.

BARETY encontrou 7 casos de perfuração da arteria pulmonar e seus ramos por um ganglio lesado, e o Dr. LIOUVILLE, na Salpêtriere, observou, em mulheres edosas, quatro casos que finalizaram por hemorrhagias fulminantes devidos a uma perfuração da arteria coincidindo com a de um bronchio.

No entanto, apezar do que acabamos de expor, é a esses dous signaes, o batimento pulsatil e a sombra radiographica do mesmo caracter que cabe o epitheto de symptomas essenciaes (e não de certeza, no dizer de HUCHARD, ou de pathognomonicos, como querem outros) a par dos demais secundarios, que merecem o nome de presumptivos, na opinião de PETER.

Dos signaes funcionaes se pôde dizer, com BARIÉ e GALAVARDIN, que se resumem em phenomenos de perturbações circulatorias causadas pela existencia da ectasia, situada profundamente ainda, e phenomenos de compressão dos orgãos da visinhança do vaso doente.

Dos primeiros só merece citado o chamado de duplo impulso, que as palpitações, por banaes em varias situações clinicas, perdem de muito o seu valor.

Pois bem, existem tumores que, com serem providos de muitos vasos, mostram um impulso rythmico semelhante ao do coração, difficultando assim o diagnostico.

As diferenças que os mais conspicuos autores lembram são, como se vê em CASTELLINO o retardamento do impulso do choque da ponta bem como, segundo STOKES, ausencia do duplo

impulso nos tumores vascularizados que as vezes se verifica nas ectasias aorticas.

\*

\* \* \*

Dos phenomenos que trahem a compressão de orgãos de visinhança, deter-nos-hemos um pouco nos consecutivos á acção do sacco sobre os nervos produzindo as dores nevralgiformes, sobre as quaes todos os classicos, em quasi uniforme accordo, insistem grandemente. A dyspnéa, a tiragem supra-esternal, a cornagem, o obscurecimento do mormurio vesicular, a immobildade thoraxica, o sopro interscapulo-vertebral, os edemas, quer o cervico-facial, *en pélerine*, quer o generalizado, as congestões pulmonares e as hemorrhagias consequentes, a dysphagia, as vertigens, etc., tudo entra no acervo symptomatologico das adenopathias tracheo-bronchicas como se vê facilmente na clinica medica de GUENEAU DE MUSSY, collocando muita vez o diagnostico indeciso entre aquellas lesões mediastinaes e o aneurysma da aorta.

E' de facto a dor o phemoneno funcional unico capaz de despertar a attenção do clinico para a hypothese do aneurysma.

Conforme muito bem ensina W. His, o conhecimento destas dores é importante, não só por que elles resistem teimosamente aos antinevralgicos habituaes, mas tambem porque representam o *unico signal* do aneurysma latente.

Lembremos, com HEAD, as tres causas de dores aneurysmaticas: 1<sup>a</sup>, — uma dôr visceral reflexa verdadeira, com sensação dolorosa superficial na pelle do peito, do pescoço e do braço, com hyperesthesia demonstravel destas zonas; 2<sup>a</sup> — sensação reflexa dolorosa por compressão dos troncos nervosos; 3<sup>a</sup> — dôr local consecutiva á compressão dos ossos, esterno, costellas e columna vertebral.

Assim, pois, toda nevralgia rebelde mostrando-se por mezes e ás vezes annos na mesma zona, em redor do thorax, ao nível dos lombos, do dorso ou da nuesa, irradiando-se ou não ao braço e muito especialmente se se modifica com a posição que toma o paciente, deve immediatamente fazer reluzir no espírito do clinico a hypothese de uma ectasia vascular, ainda que essas dôres se apresentem por vezes, como sabemos, com semelhantes

caracteres, nas radiculites e na angina do peito, como se lerá com vantagem, nesta ultima hypothese, nas brilhantes lições de clinica medica de TROUSSEAU.

Em nossa pratica clinica temos nitida lembrança de nove casos em que, mercê do phenomeno dôr, pudemos suspeitar de um aneurysma, dos quaes cinco foram verificados pela radioscopia e um terminou por fulminante hemoptysse. Os outros quatro, na impossibilidade de obter a roentgenoscopia, não podemos *in bona fide* afirmar com segurança, embora o decurso dos mesmos, três delles já fallecidos, viesse fortalecer-nos no nosso modo de ver clinico.

O primeiro era um jornalista distinto, residente em São João d'El-Rey, que accusava como phenomeno clinico uma dôr thoraxica, por outros collegas capitulada de nevralgia rheumatural, e por nós mesmo assim tida inicialmente. Dada a rebeldia da mesma, veio para o Rio de Janeiro o paciente e a radioscopia mostrou a existencia de uma ectasia da aorta, em sua porção ascendente, vindo a fallecer depois.

O segundo doente era tambem um nosso amigo residente em S. João d'El-Rey, que durante cerca de três annos foi tratado por varios medicos de lá e pelos nossos melhores clinicos d'aqui, como soffrendo de uma nevralgia precordial, que a nada cedia, o qual, á applicação dos raios X, se revelou portador de uma ectasia da porção ascendente da aorta, como suspeitáramos.

Instituido o tratamento anti-luetico e o uso das injecções gelatinadas, logrou o nosso doente viver, com sua gravissima enfermidade, seis annos de uma vida supportavel. Em ambos esses doentes, ausencia a mais absoluta do menor signal conducente, a não ser a dôr, á suspeita de um aneurysma.

O nosso terceiro observado, official reformado de Bombeiros, era um aortico franco, com insufficiencia aortica manifesta, coração grande, sopro diastolico intenso, systolico leve, dansa das arterias, duplo tom e sopro duplo das femoraes, pulso de Corrigan classico ao traçado, mas a cujas dyspnéas, vertigens e outros signaes de sua insufficiencia valvular, accrescia uma dôr cervico brachial intensa que o não deixava conciliar o sonno e o fazia soffrer enormemente.

Toda a gamma dos analgesicos foi por nós ensaiada sem grande resultado, melhorando apenas a mesma um pouco com o

uso da trinitrina, de que começou a abusar o paciente. Nem as injecções mercuriaes, nem as de iodeto de sodio, pelo methodo de KLEMPERER-MIGUEL PEREIRA, tiveram razão de semelhante neuralgia, ainda que o estado geral do doente melhorasse um pouco, e cedesse a dyspnéa. A radioscoopia mostrou-nos um aneurysma da aorta na porção descendente da crossa, segundo photographia que nos foi enviada pelo nosso malogrado e distinctissimo collega Dr. ARAUJO VIANNA.

Conforme observou comnosco o Dr. OSCAR DE CARVALHO, acompanhando a triste odysséa do paciente, não se viam nesse doente nem a diferença dos pulsos, nem outros sopros, além dos citados, no fóco aortico, nem mesmo a matidez posterior tão bem estudada entre nós pelo fallecido Professor ALMEIDA MAGALHÃES e seus discípulos.

Assim, foi apenas a dôr que nos levou á suspeita do diagnóstico de uma ectasia da aorta, vindo a falecer o doente com os progressos da molestia manifestando sempre a dôr, ao lado dos phenomenos asystolicos finaes.

Outro doente, era um homem forte, gordo, moço ainda, que houvera antes, em sua juventude, contrahido a syphilis.

Procurou-nos e a um nosso collega com quem trabalhavamos, por motivo de uma dôr nos lombos que o atormentava terrazmente, mórmente a noute. O nosso collega esgotou nesse doente a therapeutica analgesica e a chamada anti-artritica, sem que lograsse melhorá-lo, pedindo então o nosso modo de ver, tendo nós concordado com elle, já na medicação ensaiada, já em sua suposição de uma radiculite ou compressão das raizes nervosas por algum tumor vascular provavelmente. A radioscoopia mostrou que se tratava de um aneurysma da aorta descendente.

Outro caso interessante, que se mostra muito semelhante ao que vem brilhantemente traçado nas lições do Professor MIGUEL COUTO, é o de um official do exercito, por nós visto em São João d'El-Rey, com uma dôr lancinante ao nível do lombo esquerdo, que se propagava para o abdomen e para a raiz da coxa.

Era um syphilitico confesso e queixava-se, além da dôr, de vontade repetida de urinar e impossibilidade de permanecer estendido sobre o leito, onde sempre jazia encolhido, deitado sobre seu lado esquerdo, em posição que lembrava á descripta pelos autores na meningite, em cão de espingarda. As urinas deste

paciente eram turvas, escuras, de cheiro ammoniacal, levemente albuminosas, sem assucar. Examinando o doente, levemente febril, sentimos, ao nível da dôr, um tumor que se nos afigurou ser o rim esquerdo augmentado de volume e mui doloroso á pressão.

A impressão primitiva foi a de uma hydronephrose em um syphilitico. Ensaiamos cautelosamente o tratamento mercurial e instituimos a desinfecção das vias urinarias pelos medicamentos classicos. Longe de melhorar, ia-se aggravando o estado de nosso doente, quando nos pediram uma conferencia com o Dr. RIBEIRO DA SILVA. Por essa época o tumor cresceria bastante, mas a dôr do paciente não permittia uma apalpação profunda. Mais ou menos inclinado ao nosso modo de vêr, conseguiu, no entanto, o nosso collega, fazer uma palpação profunda, vencendo a dôr e resistencia do paciente, percebendo nós então, com alguma clareza, os batimentos pulsateis e firmando nosso juizo sobre a natureza do tumor, mercê de sua radioscopy feita pelo actual professor de physica da Faculdade Dr. LAFAYETTE RODRIGUES PEREIRA, por onde se verificou ser um aneurysma da aorta abdominal ou da renal esquerda.

Infelizmente o estado do citado doente foi se aggravando e elle falleceu antes que podessemos beneficial-o com qualquer outra therapeutica, já agora melhor orientada.

Dos outros já citados, douz delles evoluíram, sempre com a dôr inamovivel até o final, cacheticos e em asystolia.

Outro falleceu em pavorosa hemoptysie fulminante, trazendo-nos uma tragica confirmação de nossa suspeita.

O ultimo dessa serie dolorosa, é uma senhora allemã, a quem ainda prestamos os nossos cuidados, que, além da dôr nos mostra um impulso systolico á direita do externo e certa bi-tonalidade da voz, quedando-se os demais signaes classicos de tales conjecturas clinicas silenciosos á nossa pesquiza. (1)

\*  
\* \*  
\*

Merecem agora citados, douz casos nossos em que a hypothesis de aneurysma se vinha impondo ao nosso espirito, mas nos quaes faltava o symptoma dôr com os seus caracteres classicos,

(1) Falleceu esta doente a 14 de Maio de 1917, aos progressos de sua lesão.

e que a radioscopya revelou não se tratar de aneurysma, apesar de alguns signaes physicos presumptivos, a par de outros functionaes.

O primeiro delles é o de uma senhora viuva que se apresentava dyspneica, com pulso a principio arythmico e depois tachycardico, vertiginosa, tosse quintosa e secca, e impossibilidade de conciliar o sonno deitada. A' inspecção do seu thorax descobriu-se uma rête venosa desenvolvidissima, sobre uma caixa thoraxica abahulada, lembrando o peito rachitico. Não havia batimentos anormaes perceptiveis e muito menos pulsação expansiva, embora fosse notavel o abahulamento thoraxico. Depois a doente, continuando com a sua crise tachycardica patenteia um edema da face e do pescoço, que se estende á região thoraxica superior, (cintura escapular) e se vai evidenciar nos braços, sobretudo á esquerda. Por essa occasião examinou ainda a nossa doente o distinctissimo collega e livre docente Dr. VIEIRA ROMEIRO, que tambem suspeita uma ectasia da aorta. A radioscopya, no entanto, feita pelo mesmo Dr. ARAUJO VIANA, mostra tratar-se de uma adenopathia tracheo-bronchica, cuja sombra polycyclica, sem batimentos nem expansões, se desenhava nitida ao nosso olhar.

Outro paciente em que a dôr faltou é um distincto engenheiro que apresentava tosse rebelde, por accessos, hemoptyses, dyspnéa por vezes, accentuação franca da segunda bulha cardiaca com ligeira matidez á direita do externo, pouco mais de um centimetro; matidez na região inter-scapulo-vertebral; de ambos os lados, mais clara á esquerda; sopro franco ao nível da mesma região inter-scapulo-vertebral, aorta palpavel atraç da fureula do externo. Apyretico, como todos os exames de laboratorio e cutireacção de von Pirquet negativos para a elucidação da natureza phymica de suas hemoptyses, pensamos em tumor mediastinal, primeiramente uma ectasia da aorta. A radioscopya, feita pelo distincto Dr. JORGE DE TOLEDO DODSWORTII, exhibe apenas a existencia de adenopathia tracheo-bronchica, notando-se a aorta ligeiramente calibrosa por igual, com manchas de atheromasia, o que era natural em um individuo de mais de 50 annos.

Explicavam-se pois, pela compressão das veias pulmonares, as congestões repetidas do parenchyma pulmonar e as hemoptyses.

Com o Wassermann positivo foi feito o tratamento mercurial, a par dos iodados, logrando melhorar um pouco.

Citemos agora a historia de cinco outros doentes, nos quaes, na falta da dôr e de um cortejo de signaes que justificassem o diagnostico, andou o juizo clinico a oscillar entre um aneurysma e um tumor do mediastino.

Um delles, o de um aspirante do exercito, em S. João d'El-Rey, com tosse, febre leve, matidez na zona inter-scapulo-vertebral, dyspnéa que ao menor esforço se transformava em cornagem, decubito lateral esquerdo forçado, cabeça alta por não poder quasi respirar em outra situação, era tratado, em virtude de uma bronchite diffusa com obscurecimento do murmúrio vesicular á esquerda, por tuberculoso. Quando o vimos, na inefficacia da anterior medicação bem orientada e impressionado, já pela cornagem, já pelos antecedentes do doente, em que a *lues* era patente, reforçando o seu testemunho ainda pelos ganglios inguinaes e os epitrochleanos grandemente crescidos, instituimos prudentemente a medicação mercurial, na hypothese de um tumor específico do mediastino. Via-se a rête venosa subcutanea thoraxica anterior, mas não se notava desigualdade dos pulsos nem o signal de Oliver-Cardarelli, o que nos fez hesitar entre a hypothese de um aneurysma da porção terminal da crossa da aorta e a de uma compressão do bronchio esquerdo por um tumor, ganglio provavelmente, como no caso citado em começo, visto por nós na 2<sup>a</sup> enfermaria.

Bom é que se diga, todavia, de passagem que o signal de Oliver-Cardarelli, um dos melhores symptomas physicos para attestar a existencia de um aneurysma da crossa da aorta, quando comprime a porção terminal da trachéa e principalmente o bronchio esquerdo, pôde aparecer, ainda que raramente, nos tumores do mediastino.

AUERBACH refere dous casos de massas neoplasicas metastaticas englobando a trachéa, o bronchio esquerdo e a aorta, produzindo assim o signal citado e JESSEN tambem cita um caso de uma doente que soffria de uma cystite, de edema do rosto, pulsacões sobre o manubrio esternal, e que com os raios X se observou uma sombra acima do coração; a autopsia, entretanto, revelou um sarcoma comprimindo a aorta contra a trachéa e o esó-

phago, como o responsável pela sombra radioscopica e pelo sinal de Oliver-Cardarelli, aqui presente.

O mesmo JESSEN, em contraposição descreve um caso de uma paciente de 33 annos que accusava dyspnéa, dysphagia, sem o signal de pulsação rythmica do larynge, embora com phenomenos de paralysia do recurrente esquerdo; pois bem, neste caso, em que a radioscoopia nada revelára, mostrou a autopsia um aneurysma sacciforme da aorta ascendente!

Por sua vez, ROWLAND, em casos autopsiados de aneurysma da crossa da aorta não encontrou o *tugging*, embora o procurasse; e GRIMSDALE chega a dizer, negando o valor do signal, que até em si mesmo e em outros individuos normaes, conseguiu verificar o signal de Oliver, como manifestação nervosa.

Voltando ao nosso enfermo, conseguimos melhorar-lo a ponto de julgar-se curado, com a medicação especifica e perpretando mesmo a imprudencia de viajar a cavallo.

Um dia, porém, quando se dispunha a montar, tosse, expectora um pouco de sangue e momentos depois, fina-se com uma hemoptysie fulminante, fazendo-nos crer assim que o seu tumor fosse um aneurysma da aorta.

Outro doente, observado em S. João d'El-Rey e cuja autopsia foi feita por nós e pelo Dr. RIBEIRO DA SILVA, era um fiscal da Camara Municipal que ás vezes, em pleno trabalho, na rua, era acometido de suffocação, com cyanose do rosto, angustia enorme, tudo cedendo com o repouso, e ás vezes nos casos rebeldes, com inhalações de nitrito de amyla.

Verificamos ao examinal-o esclerose arterial generalizada e nada que justificasse os seus accessos a não ser um espasmo laryngeo por excitação provavel dos recurrentes provocada por algum ganglio mediastinal. Falecendo depois em insufficiencia cardiaca, encontramos na necropsia um aneurysma da crossa da aorta, comprimindo a trachéa em sua terminação, o qual explicava os citados accessos.

Aqui, nem modificação dos pulsos nem signal de Oliver-Cardarelli ou qualquer outro que nos levasse a conjecturar um aneurysma.

Um outro doente, que ainda acompanhamos, empregado no Thesouro, tem, além de uma insufficiencia aortica antiga com o coração grandemente compensado, uma ectasia da aorta as-

cedente, que lhe produz apenas dyspnéa e tosse por accessos, com matidez um pouco exagerada á direita do esterno; a radioscopya, feita mais por desejo do doente do que nosso, revelou-nos, entretanto, um aneurysma, onde presumiamos apenas uma dilatação cylindroide. Mas neste caso, em seu passado, accusava o doente dôres rheumatoïdes frequentes, que cediam ao iodureto de potassio.

Para finalizar apenas mencionaremos os dous ultimos doentes que, reputamo-los aneurysmaticos, sem que nada possamos asseverar, dada a falta de radioscopya. Um delles apresentava um edema cervico-facial apreciavel, dysphagia, dyspnéa e, á auscultação, ouviam-se batimentos semelhantes aos do coração, até quasi á fossa direita de Morenheim. Este edema em fórmia de "pélerine" descripto por STOKES, e acompanhado de arborisações venosas subcutaneas do thorax indica uma compressão medias-tinal que se exerce provavelmente sobre a veia cava superior. Qual fosse a natureza do tumor, na ausencia da dôr e da radioscopya, não nos foi possivel verificar.

O ultimo de que nos lembramos é um individuo robusto, machinista, que nos procurou por se sentir rouco, sem causa, ficando com o typo franco da voz bi-tonal de JACCOUD. Sem aphonía franca, passava o doente da voz de falsete á de baixo, o que no dizer de LIVIERATO e muitos outros, não costuma sobrevir nas affecções do larynge, fazendo assim pender o juizo para a existencia de um aneurysma, posto que se admitta, como se vê em MARFAN e GUENEAU DE MUSSY, que os tumores do mediastino, por compressão de um dos recurrentes ou de ambos, originam phénomeno semelhante. Neste nosso caso, porém, sem a dôr e sem a radioscopya, ficou o nosso juizo indeciso, pois faltavam, como no anterior os valiosos signaes presumptivos como a diferença de pulso, o sopro aneurysmatico, o pulsar rythmico do larynge, que presentes ao menos alguns delles, viriam robustecer a hypothese da ectasia.

\*

\* \*

Desta despretenciosa resenha de casos clinicos por nós observados se pôde concluir, ser a dôr o unico signal capaz de le-

var, no inicio da molestia, o clinico á suspeição da existencia de um aneurysma da aorta.

DIEULAFOY, insistindo sobre o caracter doloroso das arterites lueticas, mostra que não ha necessidade de recorrer a grandes theorias para explicar a dôr nos aneurysmas da aorta. Lembra as dôres terríveis das arterites cerebraes especificas, traduzindo-se pelas intensas cephaléas, e cita o caso de LEUDET, de uma arterite luetica temporal, bem como o seu, de uma ectasia por syphilis da arteria radial.

O mesmo acontece com a aortite luetica, "Pourquoi ne se-rait'elle pas, elle aussi, extrêmement douloureuse alors que l'aorte confine aux nerfs du plexus cardiaque toujours prêt à reproduire le syndrome de l'angor pectoris? (*Clinique de l'Hotel Dieu*, vol. I, pag. 81).

Quasi sempre retro-sternal, angustiante e sobreindo á nou-te, ou com o esforço, produz esta dôr irradiações para o pescoço e para o braço esquerdo; algumas vezes são apenas intercostaes ou simplesmente occipitaes como citam JOSUÉ e PAILLARD, perturbando, por sua localisação, fóra do typo classico, o juizo a respeito. O typo doloroso cervico-occipital foi descripto por LEVACHEW como signal de valor.

A presença pois do elemento dôr, topica e rebelde, deve avenir a suspeição de uma ectasia vascular. O diagnostico tornar-se-ha menos vacillante se observarmos um ou mais symptomas importantes, como a diferença dos pulsos, a voz bi-tonal, o pulsar rythmico do larynge, constituindo assim um conjunto de grande valor.

A radioscoopia virá, em casos taes, fortalecer a ideia da existencia da lesão vascular, diminuindo as duvidas quando surgirem no espirito do clinico.

Não se peça, todavia, á radioscoopia mais do que ella pôde fornecer. ESMÉIN diz mesmo "la plupart des médecins croient en effet, qu'un coup d'oeil jeté sur un thorax éclairé par les rayons de Röntgen suffit pour y déceler la présence ou l'absence d'une ectasie aortique. C'est une complète erreur: les choses sont beaucoup moins simples."

Na ausencia da dôr, que por si só é signal preciosissimo, unicamente o conjunto de outros signaes presumptivos como os que acabamos de citar, poderá ministrar ao clinico elementos

para deslindar o seu raciocinio devendo, entretanto, recorrer sempre quanto possivel, aos raios de Röntgen.

\*  
\*     \*

De tudo o que aqui ficou não se veja senão o desempenho de uma obrigação a nós mesmo imposta, qual a de render, nas apoiadas medidas do nosso valor, mas na sinceridade de nossa estima e admiração, um singelo tributo ao mestre querido que justamente se pretende homenagear, ao qual devemos tudo o que sabemos da profissão de que elle é padrão de gloria como trabalho, sciencia e honradez profissional.

A handwritten signature in cursive script, appearing to read "Antônio Augusto", is written in black ink. The signature is fluid and expressive, with a long, sweeping flourish at the end.



# **SIGNAL DO POLLEGAR NAS PARALYSIAS DO CUBITAL**

**PELO**

**DR. RAUL BAPTISTA**



## O SIGNAL DO POLLEGAR NAS PARALYSIAS NO NERVO CUBITAL

Certas fórmas clinicas de lesões dos nervos periphericos desconhecidas ou apenas esboçadas, com a interpretação verdadeira de signaes mal caracterisados, mereceram acurado estudo nestes ultimos annos de interminaveis soffrimentos, pelo confronto de innumero material colhido.

A neurologia cada dia vai recebendo novos contingentes, novos casos, os trabalhos de Meige, de Madame Athanassio-Benisty e de outros se completam na descripção de fórmas clinicas inteiramente desconhecidas.

Assim tambem Froment, um dos melhores auxiliares de Babinsky, nos dá conta dum pequeno signal, que á primeira vista parecerá sem importancia e que no entanto será precioso para o reconhecimento das paralysias do nervo cubital.

Casos multiplos de lesões deste nervo, até então pouco frequentes, permittiram que elle verificasse as principaes alterações no mecanismo da apprehensão, determinadas quasi que exclusivamente pela paralysia do musculo adductor do pollegar.

Embora já assinalado por Duchenne de Boulogne, todavia sem interpretação clinica verdadeira e depois estudado por Jeanne, que chamou a attenção para a flexão permanente do pollegar, o que é differente do caso que se estuda é fóra de duvida que Froment teve a primasia em mostrar certas minucias nas desordens da apprehensão dos objectos pela impotencia de alguns musculos dos dedos.

As descripções das paralysias do cubital estavam por terminar, omittiam a apprehensão como se não fosse um acto essencial da mão, pouco explicitas, attribuiam á paralysia do adductor alguns symptomas falsos, como pollegar em abduçção, impossibilidade na adducção, etc., e outros mais raros, como a oposição á base do auricular, etc.

A apprehensão nas lesões deste nervo torna-se difficil

não só pelas desordens de certos musculos do ante-braço e da mão e mui especialmente os flexores dos dedos, com particularidade dos dois primeiros.

Na apprehensão normal de um objecto pesado, o pollegar extende-se e applica-se fortemente contra o index flectido e assim se mantem firme; os outros dedos tambem incurvados auxiliam a apprehensão.

Se o objecto for delicado o pollegar incurva sua segunda phalange, distende a pulpa digital para firmar a apprehensão sobre a borda externa do index que se conserva flectido.

A pinça cujos ramos são representados pelos dous dedos poderá neste segundo caso ser mais precisa, porém menos resistente.

Na apprehensão energica é necessaria a integridade do cubital para que possam se contrahir o adductor do pollegar e o tendão interno do curto flexor sem a sua porção profunda, innervada pelo mediano.

Estes dois musculos, principalmente o segundo, presidem a flexão da primeira phalange, a oposição do pollegar e approximam a primeira phalange da segunda.

Elles permitem tambem, conforme verificação de Duchenne, a extensão da segunda phalange, sobre a primeira, dadas as relações aponevroticas com o tendão do longo extensor do pollegar. Por sua vez o curto abductor entra em contracção synergica, flectindo a primeira phalange, que se volta para dentro, de modo a oppôr sua face palmar contra a do index, e soffrer um movimento de rotação sobre o seu maior eixo.

Assim, pois, sem o adductor do pollegar não se poderá fazer a apprehensão energica; ao contrario, este musculo nada tem com a apprehensão delicada, simplesmente os dois primeiros dedos se oppõem, sem se unirem, realizada apenas pela contracção dos flexores do pollegar e do indicador, innervados pelo mediano.

Esta paralysia do adductor do pollegar e as consequentes desordens da apprehensão pude ao lér o trabalho de Froment, logo verificar num individuo ainda jovem que se havia ferido com estilhas de vidro no terço médio do ante-braço direito, no percurso do nervo cubital e que se recolhera ao Hospital da Misericordia alguns dias depois, por se sentir peior





Além dos signaes caracteristicos e habitualmente descriptos e que não vem ao caso, apontal-os, desde logo observei as desordens na apprehensão, que mais interessavam, fazendo o doente segurar com firmeza um objecto pouco espesso para melhor pôr em destaque o referido signal do pollegar.

O aspecto e a energia da apprehensão de ambas as mãos fixas as extremidades dum jornal dobrado, conforme se observa na figura, eram bem diversas: do lado esquerdo a apprehensão representava o typo normal já descripto, isto é, pollegar distendido, todas as phalanges pela sua porção palmar voltadas para baixo e o indicador flectido, mantinham bem preso o papel dobrado; do lado direito desapparecera a synergy muscular, o pollegar tendo sua phalange flectida e em rotação interna, levantado o resto do dedo, e á medida que o individuo se esforçava para firmar o objecto, o que não conseguia, mais a segunda phalange se incurvava, elevando bem a pulpa digital, e mantinha apenas o papel pela sua porção mais extrema.

O pollegar estava como na apprehensão delicada, quando se queria justamente o inverso, o doente exercia uma tracção violenta para fixar o papel. Representava o typo classico descripto por Froment.

Pude então, ampliando a ferida existente, encontrar o cubital completamente seccionado, sendo preciso sutural-o ponta a ponta.

Não se deve, pois, esquecer este importante signal e que por si só basta para o reconhecimento da lesão nervosa.

Bem se comprehende que será preciso em certos casos difficéis um exame mais detido, a pesquisa de outros symptoms, mas desde logo este chamará a attenção pelo aspecto caracteristico com que se apresenta.

E por elle se avalia a integridade nervosa após a reconstrução pelos processos modernos, a normalidade do mecanismo da apprehensão, de importancia essencial nas questões relativas aos accidentes do trabalho.



# **DILATAÇÃO AGUDA DO ESTOMAGO**

PELO

**DR. ROCHA FARIA FILHO**



## UM CASO DE DILATAÇÃO AGUDA DO ESTOMAGO

F. F., 27 annos, branco, solteiro, lavrador, recolheu-se á 2<sup>a</sup> enfermaria do Hospital da Misericordia a 20 de Outubro de 1916 por sentir-se muito enfraquecido, ter dores no estomago pertinazes e vomitos frequentes.

Paes fallecidos; de tres irmãs só uma é viva; ignora a causa de morte de seus parentes, mas affirma que os progenitores eram robustos.

E' impaludado de longo tempo; nega antecedentes venereos ou syphiliticos. E' tabagista exagerado e alcoolatra moderado.

Diz-se doente ha seis annos, começando de então a emmagrecer lenta e progressivamente; nesse decurso da doença appa-receu-lhe dôr intensa no epigastro pela manhan e no correr do dia; essa dôr, quasi sempre, se attenuava e mesmo cessava com a ingestão de alimentos. Preponderou esse symptoma ao ponto de constituir o unico padecimento do doente; sómente dôr, sem vomitos, sem pyrosis, sem qualquer outro phenomeno morbido no apparelho digestivo; isso, durante o primeiro anno. Findo esse praso notou que a dôr não mais cedia á ingestão dos alimentos e o torturava durante as noites, levando-o a provocar o vomito para ter allivio. Esses vomitos eram alimentares, nunca pretos nem mesmo escuros. Nos annos seguintes manteve-se o mesmo estado — dôr mais ou menos intensa, vomitos ora espontaneos, ora provocados, sempre necessarios para sedação da dôr.

Nunca a pressão ligeira ou forte da região epigastrica lhe foi dolorosa.

A persistencia desse padecimento foi progressivamente de-bilitando o doente que ainda accusa obnubilação mental, surdez intermitente, afogueamento da face e oppressão respiratoria.

Nessa triste situação recolheu-se ao hospital.

Examinando-o verificámos desde logo accentuado emmagre-cimento geral; no thorax pequeno, as costellas, clavículas e omo-

platas salientavam-se exageradamente e bem assim as apophyses espinhosas vertebraes; o abdomen, de dimensões redusidissimas, apresenta-se escavado e duro.

Nenhuma dôr é provocada á palpação, nem á pressão mesmo forte.

Pulso regular em rythmo e força (72 pulsações por minuto), radaes flexiveis; *ictus cordis* a 11 centimetros da linha meso-esternal, no 4º espaço intercostal; bulhas normaes.

Submassicez nos terços superiores toracicicos e murmúrio vesicular diminuido.

Ventre duro, deprimido, copro-estase, nada revelando, além disso, á palpação methodica das visceras. Figado e baço não excedentes das bordas costaes; nada parece anormal nos demais apparelhos organicos ao exame clinico. Pesquisa do bacillo de Koch no escarro negativa e assim tambem a reacção de Weber nas feses. Na urina, densidade 1015; chloretos, 3,50; uréa, 15,0; sedimento normal; nenhum producto pathologico.

A radioscoopia forneceu os seguintes dados: estomago em forma de chifre, estando a região pylorica situada quasi no limite da parede direita do ventre. O pólo inferior do estomago ao nível da linha bi-illiaca; tonus conservado, ondas peristalticas intensas na grande e na pequena curvaturas. Bulbo duodenal em posição angular parecendo torcido para a direita. Conclusão radioscopica; desvio do estomago para a direita, acompanhando a pequena curvatura a direcção do bordo inferior do figado. A pequena curvatura não parece ter adherencias, pois são perfeitamente visiveis as ondas peristalticas. O desvio do estomago só poderia encontrar explicação numa retracção, plausivel para explicar o deslocamento da grande curvatura.

O exame do succo gastrico e outros necessarios não puderam ser praticados por ter sobrevindo inesperadamente o incidente terminal a que succumbiu o doente.

*Incidente terminal.* — Na manhan de 2 de Novembro encontrámos o doente em estado gravissimo: face hyppocratica, grande anciadade, gemidos surdos, accentuadissima depressão general, extremidades frias, ventre retrahido e muito duro, apenas sensivel á palpação; pulso filiforme e frequente. Durante a noite, informou o vizinho de leito, houvera subitamente crise violenta

de dôres, espasmos musculares, vomitos e convulsões (tetania?) generalisadas.

O quadro clínico era precisamente o de uma peritonite hiper-toxica por perfuração intestinal ou gastrica e nesse diagnóstico nos quedámos, prognosticando a morte em breve prazo. A tarde desse mesmo dia, após nova crise de dôres e vomitos, o doente faleceu, tendo sido de doze horas a duração do incidente terminal e baldados todos os esforços empregados assiduamente para o salvar.

A necropsia feita pelo nosso distinto collega OSCAR CLARK foi interessantissima e farta de grandes ensinamentos: "individuo excessivamente emmagrecido; facies hypocratico typico, ventre abahulado. Incisada a parede abdominal pela linha mediana, projecta-se o estomago para fóra e para cima á maneira de um balão cheio de ar; novas incisões cutaneas lateraes permitem bem apreciar o extraordinario volume do estomago. A distancia do cardia ao ponto mais baixo da *pars pylorica* media 46 centimetros! As viscera toracicas e o figado achavam-se projectados para cima; as alças intestinaes inteiramente recalcadas para baixo; nenhuma só alça do intestino delgado permanecia no abdomen propriamente dito e a cavidade abdominal estava totalmente cheia pelo estomago excessivamente distendido.

As demais viscerais do cadáver nada anormal apresentavam, verificando-se em todos os tecidos deshydratação pronunciada. No trajecto de todo o tubo digestivo, cuidadosamente examinado, nenhuma lesão pôde ser reconhecida. Aberto o estomago escorre pequena quantidade de líquido escuro; a superficie interna da viscera mostra macroscopicamente alterações profundas da mucosa, espessada e coberta de catarrho; descobrem-se fócos hemorrágicos e degenerações polipoïdes situadas na primeira porção do orgão.

*Diagnóstico anatomico.* — Dilatação aguda do estomago; gastrite chronica polypoide."

A necropsia foi completada pela investigação histologica e o illustre Dr. DAVID MADEIRA nos forneceu, após detido exame, o seguinte diagnóstico: "gastrite chronica com degeneração carcinomatosa limitada ás glandulas gastricas."

Tal é o facto que de tanta maneira nos pareceu digno de attento commentario, tanto mais quanto, nesse particular —

dilatação aguda do estomago — as opiniões em toda parte se desencontram, já na relativa frequencia, já, principalmente, no que tóca á interpretação pathogenica, ás suas consequencias e tratamento.

Patentêam-se logo as divergencias no estudo da dilatação aguda do estomago com a variadissima synonimia; ileo arterio mesenterico; gastroplegia aguda; gastroectasia aguda; obstrucção duodeno-jejunal; dilatação gastrica *post operatoria*; obstrucção gastro-jejunal; ileo duodenal; ileo mesenterico; insufficiencia aguda do estomago, etc.

Posto que possa se manifestar em estomago perfeitamente sano, a dilatação aguda mais vezes ocorre em orgãos já lesados, seja aguda ou chronica essa lesão.

Assignalada desde 1842 por ROKITANSKY (1), que a fazia depender da compressão do duodeno pelas raizes, nervos e vasos mesentericos, foi a doença depois estudada, sem grande apur., por MILLER e HUMBY (1853), BAMBERGER (2) (1855), HESCHL (3) (1855), BRINTON (4) (1859), ERDMAN (5) (1868), HILTON FAGE (1872), GLÉNARD (6) (1885), KUNDRAT (7) (1891) SCUINITZLER (8), ALBRECHT (1895), BYRON ROBINSON (10) (1900) e outros.

Na França, DUPLAY (11), ANDRAL (12), LE TRIL, LECIRAUDEL (13), THIEBAUT (14), BRÉMONT (15), MATHIEU (16) e outros consignam e estudam a dilatação aguda do estomago interpretando-a de modos differentes.

Em 1902 CAMPBELL THOMSON (17) respiga na litteratura medica e publica 44 casos; NECK (18), CONNER (19), BRAUN e SEIDEL (20) produziram trabalhos recentes sobre o assumpto após aquella data, e em 1908 WALTER LAFFER (21) num magistral estudo analysa 217 casos até então conhecidos e publicados.

BOAS (22), CHARLES MARTIN (23) (1912), DAHLMANN (24), MATHIEU, TUFFIER (25), PAYER (26) (1913) e outros, entre os quaes se salienta KUTNER (27), contribuiram efficazmente no desenvolvimento e esclarecimento do momentooso assumpto, demonstrando que era infundada a opinião dos antigos clinicos, e muitos modernos, que negaram a existencia autonoma da doença, julgando-a uma mera consequencia excepcional de processos morbidos outros situados no segmento superior do intestino delgado.

Actualmente essa obstinação dos clinicos é bem explicada,

não pela raridade excepcional do facto morbido, senão pela dificuldade do diagnostico em determinados casos, e muitos são, que têm sido observados como surpresa de necropsia.

CHARLES MARTIN descreveu 60 casos, todos reconhecidos na necropsia; pois bem, nesses 60 casos apenas em 13 fôra feito o diagnostico.

E' de facto difficult, ou pelo menos incerto, o diagnostico e para isso concorrem a synonymia variada e a etiologia do mal, factos que a necropsia ratifica coincidindo com o caso clinicamente observado. D'ahi a vantagem decisiva em se adoptar uma só pathogenia na interppretação clinica da dilatação aguda do estomago e conservar-lhe uma só denominação, a despeito da existencia de varios factores anatomicos, como o indicam as investigações *post-mortem*.

\*\*

\* \* \*

Como explicar o mecanismo da dilatação aguda do estomago?

Duas theorias principaes, entre outras, merecem commen-tario;

- a) theoria mecanica;
- b) theoria nervosa.

Na interpretação mecanica, a grande maioria dos autores, baseada em factos clinicos e sobretudo em demonstrações necropsicas assignala ser sempre a dilatação do estomago consecutiva á compressão do duodeno, compressão que de varios modos e processos chega a obstruir o segmento intestinal e dess'arte forçar a dilatação gastrica.

O nosso caso, de per si, se oppõe á essa interpretação pathogenica, pois nenhuma lesão existia em qualquer ponto do trajecto intestinal e o estomago se encontrava no maximo de dilatação.

Ha, entretanto, casos de coincidencia da dilatação gastrica com a compressão do duodeno exercida pelas raizes do mesenterio; mas nesses factos typicos de ileo-gastro-mesenterio, oriundos da compressão do duodeno produzida pelo prolapsus e queda do intestino delgado, que assim comprime de encontro á columna vertebral a ultima porção duodenal, a dilatação do estomago é sempre secundaria.

Ao demais, pôde ainda a perturbação muscular ou nervosa do estomago determinar inicialmente a dilatação aguda visceral e essa dilatação actuar sobre o intestino delgado forçando-o a descer no pelvis e pelo proprio peso do estomago dilatado comprimir e obstruir a ultima porção duodenal, o que é ainda facilitado pela tracção do mesenterio.

Ainda, por causas ignoradas, pôde dar-se o prolápso do intestino delgado no pelvis e aquella tracção determinar a compressão duodenal, sem a menor dilatação do estomago. Esse mecanismo já ROKITANSKY assinalara e, apôs elle, outros autores o aceitam, de accordo com o que verificaram.

ALBRECHT e GLÉNARD, o primeiro em experiencias feitas no cadáver e apoiado em nove casos respigados na litteratura médica, adoptaram o mesmo mecanismo que vimos de assinalar, para a constituição da dilatação aguda do estomago.

CONNER (29), em excellente artigo publicado no *American Journal Medical Sciences* em 1907, relata experiencias que realizou em dez cadáveres collocados em posição dorsal e com as visceras nos respectivos logares; pela tracção de diferentes pesos em relação directa com o mesenterio procurou CONNER reproduzir, tanto quanto possível, as condições do vivo, chegando á conclusão que, em certas proporções de individuos normaes, a tracção sobre o mesenterio poderia ser exercida pelo intestino delgado vazio e determinar obstrucção da extremidade inferior do duodeno, se actuasse com força sufficiente para esse mister; força sempre grande.

ROKITANSKY, KUNDRAT, SCHNITZLER e MÜLLER (30) admitem a compressão do duodeno pelo mesenterio como factor preponderante na dilatação aguda do estomago, e opinam ser esse efeito auxiliado por *a)* prolápso do intestino delgado; *b)* mesenterio de grande extensão; *c)* raises mesentericas inseridas á direita da linha mediana. Esses autores e outros como GLÉNARD, RIEDEL (31), MEYER (32), SCHULTZ (33), KAUSCH (34), asseguram, entretanto, ser sempre necessaria a passagem do intestino delgado no pelvis para que se produza a obstrucção duodenal e consecutiva dilatação do estomago.



Contra a theoria da dilatação mecanica protestam os adeptos da nervosa, representados por investigadores e clinicos de grande valor; e os argumentos fundamentaes em que se apoiam nos parecem plausiveis e verdadeiros.

Antes de mais, as experiencias em cadaveres não se prestam, no caso concreto, a nenhuma demonstração aceitavel; faltalhes, e tudo é, *a innervação*; isto é, não satisfazem ás condições imprescindiveis do determinismo experimental, é como se não existissem, não podem ser invocadas, são nullas.

Accresce que HANAU e outros mostraram que em muitos casos em que o intestino foi encontrado no pelvis não havia nem compressão do duodeno nem dilatação gastrica; e quando houvesse de facto compressão do intestino por sua permanencia e enclausuramento no buraco pelviano, a representação clinica seria complexa, e, além da dilatação do estomago, haveria cyanose, oedema e collapso proprios da compressão visceral, phenomenos que jámais foram assinalados nos casos de dilatação aguda do estomago.

Mas nem mesmo isso ocorre sempre; a insinuação do intestino delgado no pelvis com a normalidade dos outros orgãos abdominaes tem sido observada e o exame radiologico por vezes tem patenteado a permanencia, em individuos normaes, de segmentos do jejunio e ileo no buraco pelviano.

Na estatistica de 217 casos de dilatação aguda do estomago com 120 necropsias, apenas em 27 foi constatada a tracção mesenterica como factor etiologico. E assim, no dizer de KELLING (35), SULIG (36), RIEDER (37), GUBAROFF (38), BRAUN e SEIDEL, LAFFER e outros, torna-se inaceitavel em absoluto a theoria da dilatação aguda do estomago secundaria á compressão primitiva do duodeno pelas raizes mesentericas.

KELLING, baseado em experiencias sobre cadaveres e cães, attribue a dilatação aguda do estomago, na grande maioria dos casos, á uma obstrucção do cardia por uma dobra da mucosa, qual verdadeira valvula, e cuja formação é sempre auxiliada pela inserção obliqua do esophago no estomago.

VON MIKULICZ (39), repetindo as experiencias de KELLING, affirma que a resistencia do cardia é muito variavel não permitindo, por isso, conclusões definitivas.

CONNER tentando insuflar ar em doze cadáveres, reconheceu em sete casos que, só após ter attingido á grande pressão o ar insuflado, havia passagem delle através o esophago e cardia, sendo que nos demais cinco casos nenhuma dificuldade foi observada na penetração do ar no estomago; neses casos não se verificou nenhuma dilatação gastrica.

BRAUN e SEIDEL repetiram as experiencias de KELLING e CONNER em dezenove cadáveres, concluindo dellas que apesar de se encontrar frequentemente na insuflação gastrica uma dobra da mucosa de forma semilunar no ponto de inserção do esophago com o estomago, essa dobra não lhe parecia funcionar como valvula obliterante porque em varios casos de enorme tensão intragastrica nenhuma dobra ou valvula de KELLING fôra encontrada.

Ao demais, segundo experiencias de SAUERBRUCH e HACKER, o cardia não é fechado por um esphincter e sim pela contração das fibras musculares do diafragma que cercam o esophago.

Asseguram ainda BRAUN e SEIDEL que a saída do ar através o cardia ocorre sempre quando permanece fechada a cavidade abdominal não se effectuando, porém, quando aberta, precisamente o que se dera nos casos de KELLING que á dobra da mucosa atribuira o facto de se achar impedida a saída do ar.

Do exposto se pôde concluir, com BRAUN e SEIDEL, ser indispensavel no regular funcionamento do cardia o conjunto simultaneo da tensão abdominal e das contrações das fibras musculares do diafragma.

Num caso unico BRAUN e SEIDEL verificaram uma obstrucção do bordo duodenal-jejunal e a passagem do intestino delgado no pelvis; e concluem que nem esta interpretação pathogenica nem a de KELLING satisfazem; e, quando observadas, resultam da abertura do abdomen e não permanencia das visceras nas respectivas posições. De facto, a situação do doente com seus movimentos peristalticos intestinaes e gastrico, com as contrações musculares abdominaes, não pôde ser equiparada, nem mesmo approximadamente á dos cadáveres que serviram de experienca para architectar as theorias que vimos de criticar.

Proseguindo em suas experiencias BRAUN e SEIDEL praticaram em vinte cães a fistula gastrica e por ella insuflaram ar: enquanto os animaes se mantinham anesthesiados o ar insu-

flado não escapava através o esophago, mas cessada a narcose, em condições normaes de vida, o ar insuflado era expellido, espontaneamente, em eructações ou vomitos. Além disso, nos cães narcotisados o pulso, a respiração e demais symptomas retratavam o quadro clinico da dilatação aguda do estomago, o que, absolutamente, se não dava nos animaes fóra da anesthesia.

Ainda mais, e o facto tem grande importancia, verificaram os experimentadores a acção directa do systema nervoso central ou peripherico na producção da dilatação aguda do estomago; a secção do vago, a mais notavel via centipeta gastrica, produzia sempre a paralysia do estomago indispensavel á determinação da dilatação aguda.

Essas e outras varias experiencias assinaladas em seu memoravel trabalho permittiram a BRAUN e SEIDEL a conclusão que a dilatação aguda do estomago *depende, geralmente, de uma perturbação da innervação central ou peripherica, concorrendo para aquele efecto, todos os factores que a possam determinar.*

MATHIEU, TISSIER e LARDENNOIS dizem que a aerophagia aumenta a tensão gastrica em proporções muito notaveis e concorre poderosamente a explicar o começo rápido dos accidentes.

Nessa concepção, dar-se-ia, na phase aguda inicial do facto morbido, a compressão do duodeno por tensão gastrica de origem aerophaga, sendo a dilatação favorecida pela dilatabilidade exagerada do estomago e outros factores capazes de aumentar a pressão do estomago sobre o intestino delgado e a tracção sobre o mesenterio; dess'arte o phenomeno clinico poderá ser observado quer nas anestesias e intervenções cirurgicas, quer em muitas situações medicas, como o tem sido na febre typhoide, na pneumonia e nas infracções graves do regime alimentar.

A theoria de MATHIEU, parece-nos no entanto pouco adaptável á maioria dos casos observados e sómente a mui poucos se ajusta; além de ser omissa em explicar a razão pela qual a aerophagia concorre sobre os phenomenos iniciaes do mal, os quaes phenomenos tambem não se encontram assinalados com precisão. A pretendida dilatação duodenal que faz parte do mecanismo dessa theoria não tem sido verificada pelos autores e no nosso caso não existia.

A concepção de BRAUN e SEIDEL aceita por KÜTNER, sobre a influencia decisiva da innervação na pathogenia da dilatação

aguda do estomago se nos afigura corespondar á verdade clinica e permitte interpretação rasoavel de todos os casos, ou pelo menos, da maioria delles.

A idade tem influencia no apparecimento da doença, pois, via de regra, os casos têm ocorrido dos 35 aos 45 annos, sendo pouco frequentes em outras idades, e nas creanças apenas dois existem o de BELLI'S e o de COOPER.

O sexo não tem preponderancia.

LAFFER, em 217 casos de gastroplegia aguda, encontrou 97 após laparotomias, 15 após operações no apparelho biliar; 11 após operações nos rins; 5 no appendice e 4 no estomago.

As infracções grosseiras, em quantidade e qualidade, de regime alimentar e o uso de alimentos alterados e irritantes ou facilmente putresciveis podem, quaes toxicos violentos, determinar a dilatação aguda do estomago, na presenca ou ausencia de outros factores etiologicos.

Assim o demonstrou em si proprio ERHET ingerindo grande quantidade de morangos de mistura com cerveja e levêdo e apresentando o quadro clinico da dilatação aguda.

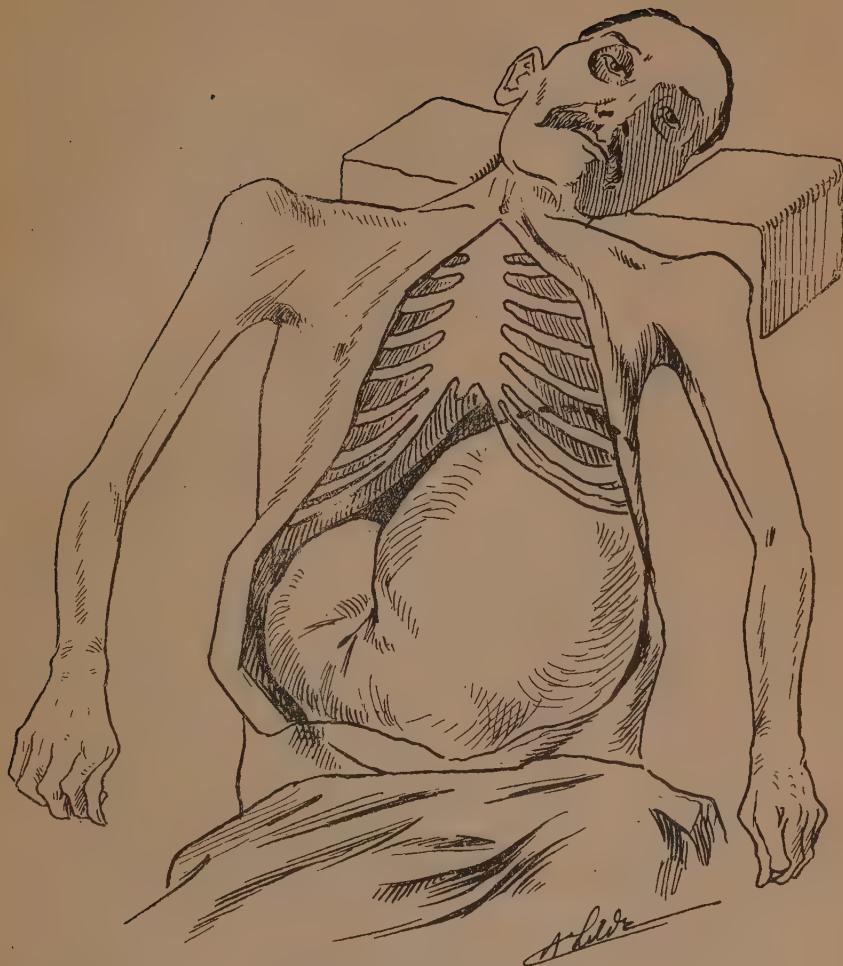
GRUNDZACII (40), refere, a respeito, o caso de um individuo que ingeriu trinta óvos cosidos e grande quatidade de vinho, cahindo logo apôs em collapso por dilatação aguda do estomago.

Algumas doenças infieciosas, taes como: febre typhoide, escarlatina, cholera, tuberculose e sobretudo a pneumonia, podem apresentar a dilatação gastrica como incidente grave no curso de sua evolução, mórmente durante a convalescência.

MATHIEU, QUENU (41) e LARDENNOIS (42) explicam esse facto pela predisposição adquirida nesses doentes pela aerophagia, consoantes á theoria que pregoam e que já tivemos oportunidade de commentar.

A peritonite localizada ou generalizada; algumas doenças chronicas como syphilis e nephrites, as emoções violentas, lesões do eixo medullar e deformações rachidianas têm sido responsabilisadas em determinados casos de dilatação do estomago.

A narcose chloroformica ou pelo ether: esta mais que aquella, tem sido invocada na interpretação etiologica da dilatação gastrica, e PAYER, que estudou minuciosamente o assumpto, affirma a frequencia do incidente, sobrevindo geralmente do terceiro ao



Dilatação aguda do estomago



quinto dia após a anesthesia e quando o doente começa a usar alimentos solidos.

Muitos casos de vomitos tardios attribuidos á acção dos anesthetics, correm por conta da dilatação aguda do estomago; e essa noção pratica deve ser mantida, pois do diagnostico precoce do incidente depende a sua cura sem outras consequencias, por vezes, muito graves.

O uso do veronal tem produzido a dilatação aguda do estomago e a reprodução de casos bem averiguados na Inglaterra, dictou a proibição da venda desse medicamento.

\*  
\* \* \*

Antes escasso que farto é o cortejo symptomatico da dilatação aguda do estomago; quasi sempre (90 % dos casos) é o vomito o principal phenomeno, sobretudo quando ocorre após intervenções cirurgicas abdominaes, depois de terem cessado os vomitos provocados pelo anesthetic. São então, geralmente, biliosos, escuros, bem fluidos ou flocosos, inodoros ou fetidos e produzidos sem esforço, raras vezes projectados de chofre.

Ora continuos, incessantes, ora espaçados por horas e mesmo dias, sem que por isso indiquem benignidade evolutiva da doença, os vomitos fatigam sempre e angustiam cruelmente o doente produzindo-lhe anciedade e profundo abatimento.

Na pneumonia, aggravada pelo incidente da dilatação aguda do estomago, os vomitos podem apresentar cheiro fecal.

A quantidade de cada vomito é pequena, via de regra, mas a frequencia delles é excessiva e exhaustiva; o doente vomita dia e noite e neste padecimento não tem treguas.

Por vezes, cessam os vomitos por tempo variavel ou definitivamente, e se com isso não se reanima e melhora o doente, devemos attribuir essa interrupção á extincção da contractilidade gastrica, facto da maior gravidade e que autorisa, geralmente, prognostico fatal em breve prazo.

No liquido lançado fóra do estomago, com frequencia não se encontra positiva a reacção do acido chlorhydrico livre, e, no dizer dos autores, é isso devido á neutralisação operada pelo conteúdo alcalino do duodeno.

No nosso caso não foi verificada essa reacção por terem sido sobremodo agudos todos os symptomas observados; nelle os vomitos ocorreram em duas phases do periodo terminal, no começo e no fim, precisamente em momentos em que nos encontravamos afastados da enfermaria.

Na representação clinica da dilatação aguda do estomago salienta-se a dôr, com variada violencia consoante o grau da distensão visceral; raros têm sido os casos em que a doença evolve sem dôr e no que commentamos aqui, aguda e profunda a principio, tornou-se intensa nas proximidades da morte, ajustando-se aos paroxismos do vomito.

Doentes ha que se debatem, em grandes gritos, na tortura afflictissima da dôr, e, por vezes desfalecem nesse cruciante soffrimento.

Nos casos graves é de collapso o aspecto geral do doente, tal qual verificámos no que nos foi dado observar: face hyppocratica accentuada, olhar amortecido, lingua secca, pulso filiforme, miseravel, cyanose e resfriamento das extremidades, dyspnéa e enfraquecimento pronunciadissimo do coração.

Em casos de collapso attenuado é muitas vezes dissimulada a gravidade por apparencias de bem estar geral que não duram e que são, de subito, substituidas por phenomenos de morte imminente; ha disso assinalados alguns factos que impõem ao medico grande reservá de prognostico e a maior attenção no tratamento dos doentes.

Essa situação tem alguma frequencia apôs intervenções cirurgicas abdominaes de longa anesthesia e de grande choque nervoso, e no decurso de pneumonias que se apresentam acompanhadas de vomitos biliosos com dôr, anciedade epigastrica e sínnaes physicos de distensão do estomago.

A distensão da região epigastrica é, de ordinario, facilmente verificada e prende no exame do doente a attenção do clinico; essa distensão é mais ou menos intensa e extensa e invade, sucessivamente, com maior ou menor prestesa; todo o ventre, como se nelle se insuflara um balão elastico de paredes resistentes.

Tal foi encontrado, na necropsia, o estomago do nosso doente; mas na manhan do dia da morte, isto é: algumas horas antes, o exame revelara apenas duresa e depressão abdominaes, defesa muscular maxima do ventre.

Convém consignar o facto porque elle mostra que aqui, como em muitas outras conjunctoras clinicas, aos signaes physicos prevalecem os funcionaes na interpretação pathologica.

Distendido o estomago torna-se mister differençar essa dilatação da que pôde dar-se em todo o tubo intestinal ou num segmento delle; isto é: é indispensavel localisar a distensão ao estomago, o'que nem sempre é facil, pela mobilidade das visceras contidas na cavidade abdominal e pela manifestação similitudinaria dos symptomas num e outro caso.

Affirma LOCKWOOD (43), em seu monumental tratado sobre doenças do estomago que "jámais a rigidez dos musculos abdominaes é igual á da peritonite"; no nosso caso, entretanto, essa rigidez era, algumas horas antes da morte, maxima, e o cor-tejo clinico e exame do doente autorisaram o diagnostico de peritonite por perfuração, hypertoxica, que, absolutamente, não existia.

\*  
\* \* \*

Não é, portanto, sempre facil o diagnostico da dilatação aguda do estomago, salvo quando verificarmos associados aos symptomas funcionaes subjectivos e objectivos os signaes physicos incontrastaveis de distensão gastrica exagerada, apreciavel principalmente no lado esquerdo do ventre, com ruido de vassolejo persistente, movimentos peristalticos e antiperistalticos e grande tympanismo abdominal.

O recurso decisivo no diagnostico é o emprego da sonda gastrica que permite a sahida dos gases contidos na viscera e, desde logo, evidencia a distensão existente e a séde della. E' ao mesmo tempo a sonda recurso incomparavel para em casos duvidosos esclarecer o diagnostico differencial, além de prestar-se ás lavagens gastricas que, no caso, representam objecto de grande valia therapeutica.

Assim nos casos agudos ou sub-agudos, com intervenção cirurgica ou sem ella, sempre que houver mister do diagnostico inconteste, é ao emprego da sonda que devemos recorrer, e com isso colheremos excellente resultado tanto no reconhecimento da doença como no de complicações della por obstrucção transitoria ou permanente, completa ou incompleta do intestino, mó-

mente no segmento superior, onde a symptomatologia tão analoga se mostra á da dilatação aguda do estomago.

Nesta conformidade, não se nos afigura difficil distinguir da dilatação aguda a estase intensa por obliteração pylorica, as pancreatites agudas, a uremia gastrica e quaesquer outras doenças ou affecções de repercussão estomacal ou de representação symptomatica mais ou menos analoga.

A apreciação criteriosa dos phenomenos clinicos iniciaes e evolutivos e o emprego da sonda permittirão o diagnostico, mesmo em casos obscuros.

A viscera doente é accessivel á nossa investigação directa; não a devemos jámais omittir em casos que a reclamam, e de animo prevenido chegaremos assim ao conhecimento exacto do mal, cujo tratamento é sempre urgente e cujo prognostico é sempre grave, attingindo sua mortalidade a 70 % nas estatisticas, em globo.

A prestesa do diagnostico permite, em cada caso, o tratamento immediato do doente, o que, em muitas circumstancias, é garantia do successo, a ponto tal que nos ultimos annos tem sido possivel modificar favoravelmente o computo das estatisticas.

\*  
\*     \*

De efecto preventivo ou curativo é o tratamento hoje applicavel á dilatação aguda do estomago.

No preventivo se incluem todas as medidas aconselháveis aos operados, sejam ou não de intervenções abdominaes. Tudo quanto directa ou indirectamente possa impressionar a innervação gastro intestinal será evitado, mantendo-se o doente em completo repouso e dieta absoluta, durante vinte e quatro horas no minimo.

RIEDEL não dá nem agua aos seus operados nesse espaço de tempo, immobilisa-os no leito e insiste em que se adoptem as maiores cautelas no intuito de evitar, tanto quanto possivel, tracções e choques, quer sobre o estomago, quer no pyloro, pontos de mui delicada innervação que, irritada, poderá dar ensejo á dilatação aguda *post-operatoria*.

Dada a occorencia do incidente agudo, será iniciado e mantido com a maxima attenção o tratamento curativo, cujos principios fundamentaes são os seguintes :

- a) Prohibição de qualquer alimento;
- b) Lavagem do estomago;
- c) Mantença do doente em posição conveniente no leito, afim de evitar que o peso do estomago dilatado determine tracção mesenterica.

A privação dos alimentos liquidos ou solidos será absoluta, não só por nociva a presença delles no estomago, senão tambem porque para nada servem, pois não podem ser digeridos, nem no intestino penetram.

O emprego da sonda gastrica representa o principal factor do tratamento, esvaziando o estomago e permittindo a lavagem delle, tantas vezes quantas for mister.

Essa indicação é terminante e irrevogavel; deve ser realisada mesmo no estado de collapso, mesmo quando o doente estiver moribundo.

Não obstante a presença de vomitos, mais ou menos copiosos e frequentes, será a sonda empregada e convenientemente introduzida até o fundo da cavidade gastrica, tendo-se em conta que a dilatação da viscera exige a penetração profunda do instrumento, sob pena de insucesso absoluto, uma vez que a extremidade do tubo fique acima do nível do liquido intra gastrico.

Os vomitos não contraindicam a introducção da sonda, porque o doente, como tem sido observado, expelle apenas o excesso do conteúdo gastrico que, sem o auxilio do tubo, permanece no estomago ainda em grande abundancia.

E' necessario esvaziar inteiramente a viscera e sem isso nenhum tratamento será efficaz, nem poderão ser as lavagens frequentemente repetidas, como nos casos graves é mister.

D'ahi a importancia incomparavel da sonda gastrica no tratamento da dilatação aguda do estomago.

A conservação do doente em posição conveniente no leito é igualmente recurso de valia; destina-se a impedir a tracção mesenterica e a compressão do estomago sobre o duodeno.

Nem o decubito dorsal nem o lateral esquerdo serão tolerados, restando dest'arte ao doente sómente o abdominal ou o lateral direito.

A posição genu-peitoral por incomoda não será aconselhada.

Nos decubitos permittidos a elevação moderada dos pés do leito auxilia os benefícios da posição.

A esse tratamento principal e a que hoje se pôde attribuir o maior numero de successos na cura da dilatação aguda do estomago, pouco auxiliam os medicamentos propostos, devendo estes ser empregados apenas como correctivos dos phenomenos de collapso; assim actuarão o oleo camphorado, a cafeina, a associação da cafeina e ergotina, o ether e a estrychnina, administrados por via hypodermica ou intra muscular, com a prudencia e criterio indispensaveis em taes casos.

Reduzida a algumas proporções a analyse de que nos ocupámos terminaremos os commentarios do caso que nos foi dado observar e que nos pareceu ter o valor clinico de uma insignificante contribuição ao estudo de uma questão medico-cirurgica das mais interessantes.

#### CONCLUSÕES:

1.<sup>a</sup> — A dilatação aguda do estomago é a expressão e consequencia da insufficiencia aguda da viscera e pôde ocorrer tanto no orgão doente como no sâo, e tanto em individuos sadios como nos depauperados, sendo nestes muito mais frequente.

2.<sup>a</sup> — A doença pôde ser autonoma, primitiva, ou complicação de outro estado morbido, secundaria.

3.<sup>a</sup> — Quando sobrevinda num estomago normal, ou que tal pareça, é, via de regra, puramente funcional, não mecanica; nesse caso, há sempre perturbação da innervação gastrica central, peripherica ou reflexa e alteração na musculatura do estomago.

4.<sup>a</sup> — A desordem da innervação gastrica explica, quasi sempre, a maioria dos casos observados, sejam de origem traumática ou operatoria, sejam de natureza infeciosa ou toxica.

5.<sup>a</sup> — A alteração da musculatura gastrica de natureza infeciosa, toxica ou alimentar, por si só, não pôde determinar a

dilatação aguda, posto que seja esta possível em estomagos já dilatados chronicamente e assim alterados em sua função motora.

6.<sup>a</sup> — Havendo, entretanto, estase alimentar exagerada, com fermentações e putrefacções gastricas, gastro-succorréa e irritação pronunciada visceral, é possível a occorrecia da dilatação aguda e o tratamento preventivo e curativo deve ser mantido regularmente.

7.<sup>a</sup> — Os casos de dilatação aguda por estenose pylorico-duodenal são excepcionaes.

8.<sup>a</sup> — A theoria da occlusão valvular do cardia não está demonstrada, antes parece inapplicavel á dilatação aguda.

9.<sup>a</sup> — A dilatação aguda nem sempre patentêa grande desenvolvimento do estomago; ha casos em que a expansão da viscera mais se ajusta á distensão moderada que ao enorme volume que descrevemos e que no nosso doente foi verificado. Nesses casos, a introducção da sonda dá sahida aos gases do estomago e a viscera volta ao estado normal.

10.<sup>a</sup> — Parece haver, quasi sempre, paresia ou paralysia do estomago na dilatação aguda. Primitivo ou secundario o processo morbido evolve sempre por insufficiencia peristaltica da viscera.

11.<sup>a</sup> — O tratamento é tanto mais efficaz quanto mais precoce fôr o diagnostico.

12.<sup>a</sup> — O prognostico é sempre reservado.

13.<sup>a</sup> — A abstêñcia absoluta de quaesquer bebedas e alimentos, a posição conveniente do doente e sobretudo o emprego da sonda repetidas vezes para esvásiar e lavar o estomago, constituem os pontos principaes do tratamento.

## BIBLIOGRAPHIA

- 1) ROKYTANSKY — *Lehrbuch der pathol. Anat.* 3 aufl. 1863, Bd iii.
- 2) BAMBERGER — *Krankheiten de cyclopaet. systems.* Virchow's Handbuch, Erlangen, 1855. S. 327.
- 3) HESCHL — *Compendium der pathol. Anatomie* 1855.
- 4) BRINTON — *Traité des maladies de l'estomac.*, trad. 1859.
- 5) ERDMAN — *Virchow's Archive.* Berlim 1868 (43,2).
- 6) GLÉNARD — *Lyon Médical*, 1886.

- 7) KUNDRAT — Ueber eine seltene Form der inneren Incarceration; in Wiener med Wochenschrift, 1891.
- 8) SCHNITZLER — Ueber mesenteriale Darmincarceration. Wiener Klinische Rundschau, 1895, S. 579-593.
- 9) ALBRECHT — Ueber arterio — mensenterialen Darmverschluos an der Duodeno — jejunalgrenze und seine ursaechliche Beziehung zur Magenerweiterung Archiv. für Pathol. Anat. Bd 156-1899, S. 285.
- 10) ROBINSON BYRON — Dilatation of the Stomach from Pressure of the Superior Mesenteric Artery, Vein and Nerves on the Transverse Segment of Duodenum. Cincinnati Lancet — Clinic 577 Dec. 8, 1900.
- 11) DUPLAY — Mémoire — 1833.
- 12) ANDRAL — Clinique médicale.
- 13) LECHAUDEL — These de Paris, 1880.
- 14) THIEBAUT — These de Nancy, 1882.
- 15) BRÉMONT — De la dilation aigue de l'estomac — These — Paris 1900.
- 16) MATHIEU — Traité médicô-chirurgical des maladies du tube digestif. — Paris.
- 17) CAMPBELL THOMSON — Acute Dilatation of the Stomach. London, 1902.
- 18) NECK — Die akute Magenerweiterung — Centralblatt f. d. Grenzgebiete der Med. u Chir. — 1905.
- 19) CONNER — Acute Dilatation of the Stomach — Trans. Assoc. Amer. Physic. 1906. XXI. 601.
- 20) BRAUN e SEIDEL — Klinich — Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Kutten Magenerweiterung Mittheilungen a. d. Grenzgeleitern der med. u. Chir. Bd 70. S. 532, 1907.
- 21) WALTER B. LAFFER — Acute Dilatation of Stomach and Arterio-Mesenteric Ileus. Annals of Surgery — March and April — 1908.
- 22) BOAS — Diagnosis und Therapie der Magen Krankeiten, 1895.
- 23) CHARLES MARTIN — Klin. der Magenerweit. 16. 1912.
- 24) DAHLMANN — Berlin Kl. Woch. n. 5 — 1913.
- 25) MATHIEU — Tuffier — Malad. de l'esoph. et de l'Estomac. 1913.
- 26) PAYER — Berl. Klinik Woch. n. 45; 1913.
- 27) KUTNER — Starungen der Motilitat des Magens no Kraus-Brugsch.
- 28) ALBRECHT — Virchow's Archiv, 1899, heft 2, n. 11.
- 29) CONNER — American Journal Medical Sciences — March 1907, p. 245.
- 30) MULLER — Ueber acute post-operative Megendilatation, hervorgerufen durch anteromesenteriale Duodenal compression, Deutssche Zeitsch. f. Chir. 1900. Bd lvi S. 486.
- 31) RIEDEL — Chirurgische Behandlung der Gallensteinkraukheit, S. 891.
- 32) MEYER — Dünndarmverschluss durch Magenerweiterung Virchow's Archiv. — Bd CXXV. S. 326.
- 33) SCHULTZ — Zur Casuistik der acuten Bagenerweiterung, etc. 1890-1892.
- 34) KAUSCH — Ueber Magenkstasie bei Rückenmarkslesion, Mittheil aus den Grenz. d. med. u Chir. Bd 7. 1901. S. 569.
- 35) KELLING — Archiv. für die Verdauungs — Krankeiten, 1900, Vi p. 455.

- 36) SEELIG — Post Operativ Acute Dilatation of the Stomach — Interstat Med. Journal — June 1907, p. 517.
- 37) RIEDER — Roentgenuntersuchungen des Magens und Darmes. Munch. Med. Woch 1906, n. 3, S. 111.
- 38) GUBAROFF — Archiv. f. Anatomie u. Thys. Anatom. Abtheilung. 1886, p. 395.
- 39) MIKULIEZ — Beitrage zur Physiol. der Speiserohre und Cardia. Mitt. a. d. Grenz. Med. u. Chir. Bd 12, 569.
- 40) GRUNDZACH — Ueber die Gastroplegie und Gastroenteroplegie Wiener Medizinische Presse. N. 43.
- 41) QUENU — Bulletin et Mem. soc. de Chir. de Paris. 1905, n. S. 31 p. 990.
- 42) APUD MATHIEU.
- 43) LOCHWOOD — Diseases of the Stomach. p. 343.

*Rochatario* 87













